Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

ZENTRALBLATT

FÜR DIE GESAMTE

THERAPIE

Begründet von **Professor Dr. M. HEITLER**

Redigiert von

Professor Dr. BRIEGER
Geh. Medizinalrat
Berlin NW., Brückenallee 34.

Dr. EMIL SCHWARZ
Dozent für innere Medizin an der Universität in Wien
Wien, I. Kolowratring 9.

XXII. JAHRGANG. 1904.

Verlag und Expedition:

MORITZ PERLES
k. u. k. Hofbuchhandlung
Wien, I. Seilergasse 4.

für das Deutsche Reich:
OSCAR COBLENTZ
Verlagsbuchhandlung
Berlin W/30, Maassenstraße 13.

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
MAR 141905
LIBRARY.

ALLE RECHTE VORBEHALTEN.

CATALOGUED
MAR 141905
E. H. B.

Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Digitized by Google

Inhalts-Verzeichnis.

Original-Artikel.

Seite

Ueber die gegenwärtige Bedeutung der Radiotherapie für die ärztliche Praxis. Von Dozent Dr. Karl Ullmann 1, 65
Ueber lokale Lichttherapie. Von Stabsarzt Dr. Kellermann 16
Zur Kenntnis der Rhodantherapie. Von Dozent Dr. W. Pauli 19
Die Fremdkörperharpunierung. Von Dr. R. L. Grünfeld und Dr. G. Holzknecht . . . 57
Ueber Pfeifensteine. Von Prof. Dr. Josef Englisch 113
Ueber Dr. Theinhardts lösliche Kindernahrung. Von Dr. Eduard Kraus 122
Ueber Verhütung und Behandlung der Blinddarmentzündung. Von Dr. W. N. Clemm . 169
Ueber die Behebung der Obstipation im Puerperium mit besonderer Berücksichtigung des Purgatins. Von Dr. K. Frank 174
Zur Diagnostik und Therapie des Speiseröhrenkrebses. Von Dozent Dr. E. Schütz . . . 226
Die funktionelle Nierendiagnostik. Von Dr. R. L. Grünfeld 237, 292, 344, 396
Ueber die entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Genitalien. Von Dozent Dr. J. Neumann 281
Eine Studie für die Perkussion der Lungen. Von Dr. C. E. Walla 337
Etwas vom Argentum oxydatum. Von Dr. Kapesser 393
Soziale und ökonomische Bedeutung der physikalischen Heilmethoden. Von Dr. B. Buxbaum 450
Von der Wirkung äußerlicher Salizylpräparate. Von Dr. J. Unterberg 455
Gastrische und intestinale Krisen. Von Geh. Med.-Rat Dr. C. A. Ewald 506
Neuere Schlafmittel. Von Dr. E. Springer . 511
Ueber die Behandlung der Diarrhöen bei Kindern. Dr. E. Toff 513
Vegetarische Diät. Von Dr. Th. Robert Offer 561
Die Hydriatik des Tetanus. Von Dr. J. Sadger 565
Ueber Empyroform, ein neues Teerpräparat. Von Dr. F. Kornfeld 617
Epirenan, ein Ersatz für Adrenalin. Von Dr. K. M. Menzel 620

Sachregister.

Abdominaltyphus 467, 470
Abort 418
Abortus, Wiederholter 313
Absterben des Fötus, Habituelles 94
Acetozone 503
Achylie 433
Acidum vanadicum 446
Adenome, Noduläre, der Vulva 495
Adenomyome 384
Aderlaß 463
Adrenalin 27, 262
Adrenalin bei inneren Blutungen 181
Adrenalin und Kokain 147
Adrenalinersatz 222
Adrenalinum hydrochloricum bei Asthma . . 574
Aegypten 246
Aerophagie 268
Aerogengas 596
Aethylchloridnarkose 93
Agurin 130
Akathisie 273
Akne vulgaris 370
Akonit, Vergiftung mit 646
Akremninseife 427, 540
Akromegalie 553
Albuminurie, Orthostatische 547
Albuminurie, Zyklische 353
Alkoholtherapie 534
Alkoholvergiftungen 321
Alopecia areata 442, 499
Alttuberkulin bei Hautläsionen 477
Amide, Therapeutisch wirksame 597
Amnesie, Retrograde 107
Amputation verletzter Glieder 189
Amputationsstümpfe, Tragfähige 188
Anämie, Perniziöse 518, 545

Digitized by Google

	Seite
Anämie, Syphilitische	98
Anämien	184, 659
Anästhesin	594
Aneurysmen der Magenschleimhaut	433
Angina pectoris, Septische	212
Annagelung, Temporäre	363
Antipyrinexantheme	161
Antisklerosin	54
Antistreptokokkenserum, Menzers	89
Antituberkuloseserum	306, 307
Antrumempyem	425
Aortenaneurysmen	543
Aorteninsuffizienz	264, 543
Aortensklerose	544
Aortensystem, Allgemeine Enge des	601
Aphonia spastica	583
Appendizitis, Frühoperation der	93
Appendizitis, Hauthyperalgesie bei	42
Appendizitis, Hypästhesie bei	41
Appendizitis, Leukozytose bei	41, 103
Appendicitis obliterans	104
Appendicitis und Schwangerschaft	109
Argentum colloidale	22, 127
Argentum oxydatum	393
Armlähmungen	607
Arrhénal-Lithium	447
Arsen, biologische Prüfung auf	319
Arsen im Tierkörper	319
Arsennachweis	428, 487
Arsenverbindungen	261
Arsenvergiftung	261
Arterieller Druck. Regulierung des	247
Arteriosklerose	386, 544, 629
Arthritis cricoarytaenoidea	49
Arzneimischungen, unverträgliche	321
Arzneitabletten	319
Asepsis, äußere	145
Asthma	132
Asthmaanfälle	574
Atoxyl bei Psoriasis	33
Atrophie, Glatte, des Zungengrundes	48, 373
Augenmuskellähmung, Hysterische	655
Augensymptome bei Influenza	413
Augensymptome bei Armlähmungen	607
Augensymptome und Basedow'sche Krankheit	600
Augentuberkulose	276
Auskultation, Dorsale	488
Auster	427
Azetonurie	585
Azidose	613
Azoospermie	641

	Seite
Babinski'scher Zehenreflex	491
Balantidium coli	153
Balneologie und Dermatologie	478
Bandwurmanämie	440
Banti'sche Krankheit	187
Basedow'sche Krankheit	609, 650
Bauchbrüche	190
Bauchfellentzündung	578
Bazillen, Boas'sche	603
Beckenenge	533
Beinlähmung, Zentrale und periphere	159
Benesol	485
Bequerelstrahlen	204
Beugereflex der Zehen	492
Bioferrin	484
Bioson	465
Bismutose	524
Blasendivertikel	215
Blasenmolenschwangerschaft	217
Blasenpapillome	196
Blasensteine	114
Blasentuberkulose	420
Blastomykose	441
Blatternepidemie	422
Blei	487
Bleivergiftung	426, 427, 553
Blinddarmentzündung	169
Blindheit, Hysterische	492
Blondels Serum	334
Blutgefäßen, Zirkuläre Vereinigung von	249
Blutnachweis, Forensischer	310
Blutplättchen	606
Blutprobe, Weber'sche	546
Blutsalz, Physiologisches	279
Blutspuren in den Fäzes	381
Bornyvalum	54
Borsäuere im Schweiß	647
Botryomykose	388
Bottini'sche Operation	195
Bradykardie	539
Brandschorfe in der Bauchhöhle	638
Brombehandlung, Diätetische	89
Bromoformvergiftung	539
Bronchitis	222
Bronchopneumonie	26
Brustwunden, Penetrierende	311
Buttermilch	260, 644
Calciumsuperoxyd	38
Cannabinol	447
Cardialgien	111
Cellotropin	661

Digitized by Google

Seite

Cecropia obtusa 54, 503
Chinin 251
Chinaphenin 447
Chininum lygosinatum 557
Chininum salicylicum 502
Chinininjektionen 412
Chloretone 615
Chlorkalziuminjektionen, Rektale 522
Chlormethylmenthyläther 166
Choledochusfege 532
Cholelithiasis 167
Cholera infantum 482
Citarin 447
Codeinum jodicum 54
Colica intestini coeci 603
Collargol bei Milzbrand 138
Coma diabeticum 302
Coma diabeticum, Hypotonie im 53
Convallaria majalis 320
Crampus-Neurose 655
Crataegi, Extract. fluid. 662
Cuprum cyanatum 557

Dampfbäder bei Nephritis 469
Dampfsterilisation der Sonden 313
Darmerkrankung, Epidemische, der Neugeborenen 602
Darmerkrankung, Lokalbehandlung bei . . . 300
Dauerkatheter 476
Deferentitis 201
Dermatitis coccidioides 328
Dermatitis exfoliativa Ritter 277
Dermatitis framboesiformis 658
Dermatomyome, Multiple 554
Dermoidzysten 102
Desinfektion der Hand 141
Desinfektion der Haut 363
Desinfektionsmittel, Inneres 624
Diabetes insipidus 524, 554, 572
Diabetes, Schwerer 180
Diabetes mellitus 128, 626
Diabetes mellitus, Operationen bei 248
Diabetes, Transitorischer 554
Diät, Vegetarische 26, 561
Diät nach Magendarmoperationen 629
Diarrhöen der Kinder 513
Diazoreaktion 165
Digalen 597
Digitalis 320
Digitalis-Dialysate 244
Digitaliskörper 131
Digitoxinum solubile 661
Diphtherie, Chronische 374

Seite

Diphtherie, Schutzimpfungen gegen 99
Diphtherie, Serumbehandlung der 593
Diphtheriebazillen 162
Diphtherieserum 364
Dorsalmarkes, Erkrankungen des unteren . . 43
Ductus arteriosus Botalli persisteus 601
Dünndarmkatarrh 37
Duodenalgeschwüre 152
Dysbasia angiosklerotica 378
Dysenterieheilserum 354
Dysmenorrhöe 223
Dyspeptine 303, 557
Dysurie 167

Echinokokkenzysten 417
Eierstocksaft 635
Einwicklungen, Elektrische 471
Eiweißausnutzung bei Störungen der Magensaftsekretion 630
Eiweißausscheidungen bei Nierenentzündungen 464
Eiweißernährung, Subkutane 242
Eiweißkörper, Resorption der 651
Eklampsie 418
Eklampsie, Hemianopsie bei 109
Ekzem 54
Ekzemtod 431
Empyeme, Veraltete 578
Empyroform 34, 617
Endofaradisation des Magens 467
Endokarditis, Gonorrhoische 389
Endokarditis ulcerosa 212
Enesol 661
Entbindungslähmung 494
Enteritis mercurialis 143
Enterokokkenurethritis 549
Entzündungen des Dickdarms 382
Enuresis 372
Eosinlichtbehandlung 535
Eosinophilie 333
Eosinophilie, Vaskuläre und kutane 276
Eosinophile Zellen im Sputum 149
Epheliden 167
Epididymitis 201
Epidurale Injektionen 372
Epilepsie 271, 432
Epilepsie, Jackson'sche 249
Epirenan 279, 620
Epithelioma papillare 388
Epitheliome 96
Epulis 148
Erbrechen Schwangerer 585
Ergotin bei Typhus 630
Ernährung, Rektale 465

Digitized by Google

Seite

Ernährungskuren 191
Ernährungstherapie 256
Erysipel 25, 259
Erythema contagiosum 497
Erythème induré Bazin 611
Erythemato-Sklerosen, Pemphigoide 221
Erythromelie 498
Essentia antimellini 462
Eucainum lacticum 583, 615
Euguform 54
Euguformum solubile 143
Eumydrin 166
Euporphin 662
Exanthem, Ein neues akutes 165
Exantheme, Hyperkeratotische 387
Exodin 133, 335
Expectorans 167
Extrasystolen 649

Fabrikstaub 318
Fäzes, Eiweißausscheidung in den 214
Favus 478
Ferrozon 318
Fersan 245
Fettnekrose 533
Fibromyome 50, 188, 389
Filmaron 503
Fischvergiftung 263
Fissura ani 411
Flexura sigmoidea 382
Folliklis 442
Formalin bei Favus 478
Frakturen 363, 531
Fremdkörper der Speiseröhre 311
Fremdkörper in der Kieferhöhle 482
Fremdkörperharpunierung 57
Funkenströme, Hochgespannte 142
Furunkulose 207
Fußgeschwüre 370

Gallenblase 358
Gallengänge 358
Gallensteinerkrankungen 603
Gallensteinlaparotomien 363
Gallenwege, Desinfektion der 627
Gangrän, Diabetische 500
Gangrän, Puerperale 496, 545
Gastroenteritis 210
Gastroenterostomie, Blutungen bei 634
Gastroptose 137
Gaumentonsille 252
Gebärmutterentzündungen 250
Gefrierpunktsbestimmung 270
Gelatine 39, 90

Seite

Gelenksaffektionen 415
Gelenksentzündungen bei Säuglingen 612
Gelenkserkrankungen, Gonorrhoische 591
Gelenksrheumatismus, Chronischer . . . 184, 631
Genitalien, Entzündliche Erkrankungen der weiblichen 280
Genitalprolapse 192
Geschlechtsbeeinflussung 636
Geschlechtskrankheiten 255
Gicht 167, 521
Giftgesetz 540
Giftmord 540
Gipsverband, Artikulierender 94
Gleitmittel für Katheter 197
Glutealreflex 608
Gonokokkensepsis 333
Gonorrhöe 198, 315, 371, 537, 639
Großzehenreflex 218

Haarzunge 488
Hämaturie 157
Hämoglobinprobe, Justus'sche 164
Hämoptoe 355
Hämorrhoidalblutungen 522
Hämorrhoiden 55
Hämostatika 335
Halsrippen 658
Handschuhfrage 473
Harnzylinder 653
Hartparaffininjektionen 251
Hautgangrän, Multiple 497
Hautkrankheiten, Ernährungstherapie bei . . 256
Hautkrankheiten im Säuglingsalter 257
Hautreflexe 158
Hautwunden, Granulierende 186
Hedonal 128
Heftpflasterverbände 536
Heilmethoden, Physikalische 449
Heilserum bei Typhus 628
Heißluftbehandlung 185
Heißlufttherapie 309
Heißwasserbehandlung 471
Hemianopsie bei Eklampsie 109
Hemiplegia alternans superior 219
Hepatopexie 579
Hepatoptose 579
Hereditärsyphilis 590
Heritin 662
Hernia intravesicalis 215
Hernien 580, 635
Hernien und Schwangerschaft 192
Heroin als Anaphrodisiakum 144
Heroin. hydrochlor. 594

Digitized by Google

Seite

Herpes Zoster 489
Herzaffektionen, Syphilitische 599
Herzarythmie 599
Herzens, Funktionsprüfung des 376
Herzens, Grenzbestimmung des 211
Herzens, Hereditäre Syphilis des 264
Herzkomplikationen nach Diphtherie 648
Herzkranker, Behandlung 516
Herzkranke, Scheinbare 649
Herzleiden, Hereditäre 649
Herznaht 29, 417
Herzschwäche 544
Herztätigkeit, Unregelmäßige 600
Herzuntersuchung 649
Hetolbehandlung der Tuberkulose 246, 625
Hetralin 464
Heufieber 364
Highmorshöhle, Empyem der 584
Hirnaffektionen, Chirurgische Eingriffe bei . . 305
Hirnpunktion 654
Hirnrindenreflex 106
Hirnsyphilis 305
Hörnerv, Erkrankungen des 159
Höhenklima 308
Hornhautflecken 146
Hundemagensaft, Natürlicher 625
Hustenreiz 111
Hydrargyrum hermophenylicum 36
Hydrargyrum jodo-kakodylicum 391
Hydrargyrum kakodylicum 391
Hydrokephalie 331
Hydrotherapie 470, 526, 565, 575
Hydrotherapie bei Psychosen 414
Hyperemesis gravidarum 95
Hyperidrosis 391
Hyperidrosis manuum 167
Hypochlorierung bei Phlegmasia alba 129
Hypophysistumoren 218
Hypopyonkeratitis 146
Hypotonie und Hypertonie 553
Hypusacetin 661
Hysterektomie bei Gebärmutterkrebs 638
Hysterektomie wegen Sarkom 474

Ibogain 558
Ichthargon 315
Ichthyolidin 166
Ikterus 323
Ikterus, Epidemischer 383, 652
Ikterus, Familiärer 606
Ikterus, Syphilitischer 98
Impfung bei rotem Licht 538
Impotenz 629

Seite

Influenza 107
Influenza, Augensymptome bei 494
Infusion 133
Inhalationen 574
Inoskopie, Jousset'sche 378
Intraartikuläre Injektionen 518
Isopral 524

Jatrevin 110
Jodferratose 484
Jodismus 99
Jododerma tuberosum 258, 497
Jodoform 486
Jodoform bei Lungentuberkulose 129
Jodreaktion des Blutes 606
Jute-Flies-Verbände 634

Kaiserschnitt 33, 419
Kakosmie 598
Kältetraumen 414
Kali chloricum, Vergiftung mit 541
Kaliumpermanganat bei Vergiftungen mit Kali chloricum 23
Kaliumpermanganat bei Hautkrankheiten . . 35
Kalodal 662
Kalorisator, Vorstädter'scher 575
Kampferanwendung, Perkutane 356, 409
Kardiolysis 28, 576
Karlsbad 517
Karies, Zirkuläre 444
Kartoffelsalat 486
Karzinom des Uterus 637
Karzinoms, Spätrezidive des 530
Karzinose, Sykosiforme 52
Katarrhalische Affektionen 558
Kathetereinführung, Aseptische 420
Kehlkopfes, Kontusion des 482
Kehlkopftuberkulose . . 251, 253, 375, 482, 583
Kehlkopftuberkulose, Sonnenlicht gegen . . . 251
Keloide 259
Kephalopin 662
Keuchhusten 316
Keuchhusten 100
Kindermilch 592
Kindernahrung, Theinhardts 122
Kindersegen 585
Klappenfehler und Schwangerschaft 475
Klima, Alpines 353
Kniegelenk 310
Knochenhöhlen 580
Knochensensibilität 272
Kochsalz 629
Kochsalzwässer 626
Koffeininjektionen 9, 22

Digitized by Google

	Seite
Kohlensäurebehandlung	469
Koilonychia	51
Kokain	147
Kokain-Adrenalin	365, 369
Kokaininjektionen, Epidurale	573
Kokapflanze	538
Kolitis, Chronische	581
Kollargol	557
Kollargolinjektionen	462
Kompressen. In der Bauchhöhle zurückgelassene	579
Kondylom, Spitzes	496
Konjunktivitis, Eitrige, nach Ruhr	656
Kontrakturen	248
Konvergenzstarre	275
Kopfschüsse	552
Koplik'sche Flecke	107, 165
Krisen, Gastrische und intestinale	505
Krämpfe, Rythmische, der Schlingmuskulatur	385
Krebskranke	547
Kreosotalemulsionen	645
Kuhmilch, Gelabte	316
Kunstdüngerstaub	596
Kupfervergiftung	263, 426
Kurzsichtigkeit	642
Lactagol	615
Lävulosurie, Alimentäre	324
Laktoserum	334
Laryngitis aphthosa	38
Laryngitis, Tödliche	596
Lateralsklerose, Amyotrophische	608
Laugenverätzung der Speiseröhre	372
Laxantia	279
Leber, Resektion der	186
Leberlappens, Freilegung des rechten	361
Leberpulse	432
Lebersyphilis	93
Lecithin-Perdynamin	301
Leistenhernien	416
Leitungsanästhesie	138
Leukonychie	52
Leukoplakie	428
Lichen planus	206
Licht, Rotes	538
Lichtbehandlung nach Dreyer	421
Lichtbehandlung nach Sensibilisierung	96
Lichtheilverfahren, Kombiniertes	413
Lichttherapie	134, 182, 471, 594
Lichttherapie, Lokale	16
Lichttherapie nach Tappeiner	534
Lippenekzem	55
Liquor Alumin. acet.	646
Liquor cerebrospinalis	492
Liquor Formaldehydi saponatus	486
Lithium benzoicum	146
Lokalanästhesie	378
Lues, Hereditäre	331, 613
Lues, Tertiäre	199
Luft, Ueberhitzte	91
Lufteintritt in die Uterusvenen	584
Lufturethroskop	435
Lumbalpunktion bei Hirntumoren	245
Lumbalpunktion bei Urämie	181
Lumbalpunktionen	24
Lungenaktinomykose	322, 602
Lungenfisteln	362
Lungenkrankheiten, Hydriatische Behandlung der	357
Lungenkrankheiten, Operative Behandlung der	29
Lungennaht	311
Lungentuberkulose 134, 167, 356, 368, 375, 409,	627
Lungentuberkulose, Diagnose der	212
Lungentuberkulose. Pulsbeschleunigung bei	149
Lungenperkussion	337
Lupus vulgaris	51
Lymphdrüsen, Tuberkulöse	311
Lysolvergiftungen	539
Magenaufblähung	650, 651
Magenchirurgie	633
Magengeschwür	303
Magengrenzen, Bestimmung der	650
Magenkarzinom	269, 603
Magens, Temperatur und Sekretion des	322
Magensaftfluß, Kontinuierlicher	380
Malaria	412
Maretin	463, 662
Masern	444, 593
Masernkonjunktivitis	444
Masern-Scharlachfälle	332
Mastdarmerkrankungen	410
Mastdarmsekretion	32
Mastitis	194
Meningeale Reaktionen	44
Meningitis serosa otitica	592
Meningitis, Tuberkulöse	438
Meningitis, Diagnose der tuberkulösen	45
Meningitis, Zytodiagnostik der tuberkulösen	273
Meningo-Enzephalitis, Luetische	437
Menthorol	253
Merkuriolöl	200
Mesenterialgefäße, Embolie und Thrombose der	105
Methylaspirin	54
Migräne	432
Milch, Saure, entrahmte	201

Digitized by Google

	Seite
Milchkonserve, Biedert-Selter'sche	260
Milchsekretion	487
Milzbrand	198
Milzexstirpation	187
Mißbildungen der Lunge	429
Mittelohrentzündung, Akute	253
Mittelohrerkrankung bei Masern	593
Morbus Basedowii	248 609
Morphin	261
Morphin und Atropin	646
Morphium bei Herzkranken	520
Morphinismus	301
Muscul. cricoarytaenoideus	149
Muskelsequester	659
Mutterbänder, Verkürzung der runden	313
Myasthenische Paralyse	493
Myom und Herz	649
Nährklystiere	471
Nase, Verstopfte	582
Nasenhöhle, Synechien der	30
Nasenverkleinerungen	583
Natrium kakodylicum	335
Natrium, Phenylpropiolsaueres	356, 615
Natrium salicylicum	409, 518
Nebenniere, Entzündung und Insuffizienz der	106
Nebennierenextrakt	30, 31, 262
Nephrektomie	368
Nephritis, Chronische	475
Nephritis, Diät bei	299
Nephritis syphilitica	548
Nephroptose	517
Nephrorrhaphie	587
Nervenanastomose	473
Nervenpfropfung bei Gesichtslähmung	139
Nervensystem, Physikalische Einflüsse auf das	360
Nervosität	386
Nervus opticus	483
Netzhautblutungen	440
Neuralgien, Ischiadische	573
Neurasthenie, Pulsphänomen bei	47
Neurasthenia sexualis	111, 594, 663
Neurol	541
Niere, Bewegliche	652
Nierenchirurgie	37
Nierendiagnostik, Funktionelle	105, 237, 292, 344
Nierenentzündung, Akute	197
Nierensteine	314, 588
Nierentuberkulose	214, 368, 369, 420
Nierentumor	270
Nikotingehalt der Zigarren	317
Nutrin	615
Oberschenkeldiaphyse, Resektion der	189
Obstipation der Säuglinge	128
Oedem, Akutes umschriebenes	267
Oedem, Hartes traumatisches	187
Oesophaguskarzinom	151, 188
Oesophagusstenose	151
Oesophagusstriktur	380
Oleum Digitalis	278
Opium, Deutsches	596
Opium- und Morphiumvergiftung	23
Opotherapie in der Gynäkologie	31
Orbikularisphänomen	219
Organotherapie	304
Orizabae, Radix	502
Orthodiagraphie	545
Osmotischer Druck der Transexudate	213
Ovarialschwangerschaft	367
Ozäna	251, 364
Pankreas	544
Pankreaserkrankungen	156, 304, 324
Pankreatitis	533
Paralysis agitans	656
Paralysis progressiva	160
Paralyse, Progressive, bei Kindern	552
Paralysis progressiva Zytodiagnostik bei	327
Paranephrin	661
Patella, Neubildung der	249
Pepsin	209
Pepton-Alkohol-Klysmen	464
Perdynamin	301
Perineotomie	140
Peritonealverschlußmethode	416
Perkussions-Auskultation	40
Perubalsam, Synthetischer	543
Petroselinum	250
Pfeifensteine	113
Pharyngitis granularis	148
Pharynxtuberkulose	48
Phenokoll	428
Phlebitis gonorrhoica	600
Phlebitis, Wandernde	601
Phlegmone	369
Phosphorbehandlung	316
Phosphor bei Rhachitis	38
Phosphorverbindungen	261
Phosphorvergiftung	645
Phtisiker, Fiebernde	246
Pilokarpin-Chinin	595
Platonychia	51
Plätschergeräusche	102
Plazenta-Ausstoßung	251
Plazentalösung	195
Pleuraergüsse	602

Digitized by Google

	Seite
Pleuritis	102
Pneumokokkenperitonitis	104
Pollantin	391
Polyarthritis	518
Portio vaginalis, Amputation der	192
Primäraffekt, Syphilitischer, der Augenbindehaut	330
Primäraffekt, Syphilitischer	35
Primula obconica	162
Primula-Ekzeme	595
Prostatahypertrophie, Senile	639
Prostatavibrator	369
Prostatektomie, Suprapubische	586
Prostatitis	434
Protargol bei Unterschenkelgeschwüren	35
Prurigo	257
Pruritus analis	574
Psychosen	414
Psychosen, Kombinierte	108
Ptomaine	261
Puerperalfieber	534
Puerperalprozeß	614
Puerperalpsychose	584
Pulmonalinsuffizienz	264
Pupillenstarre	106
Pupillen, Tonische Reaktion der lichtstarren	650
Purgatin	174
Purgen	571
Purpura	389
Purpuraarten	110
Pylorus, Palpation des	40
Pylorusstenose	244
Pylorusstenose der Säuglinge	423
Pylorusstenose, Angeborene	490
Pyorrhoea alveolaris	150
Pyrenol	90, 572
Quecksilbers, Aktion des	202
Quecksilber, Salizylarsinsaueres	661
Quecksilberbogenlampe	596
Quecksilberexantheme	220
Quecksilberidiosynkrasie	220
Quecksilberoxydsalbe	320
Quecksilbervergiftung	97
Querlagen, Verschleppte	418
Quillajarinde	571
Quincke'sche Krankheit	49
Quinolin	615
Rachenkurette, Beckmann'sche	252
Radiumdermatitis	206
Radiumstrahlen	188, 203, 205
Radiotherapie	1, 65, 86, 96, 479
Raynaud'sche Krankheit	440
Reflektor	583
Reflex am Fußrücken	219
Reflex im Gesicht	159
Reflexerscheinungen bei zentralen organischen Paresen	438
Regime bei Dermatosen	479
Reizerscheinungen, Motorische	597
Rekto-Romanoskopie	381
Resistenzvermehrung des Peritoneum	472
Retroversio-flexio uteri	636
Rhachitis	316, 331
Rhachitische Hand	443
Rheumatismus, Chronischer	111
Rhinophyma	94
Rhodanausscheidung	390
Rhodantherapie	19
Rippenresektion	578
Rodagen	181
Röntgenphotographie	278
Röntgenstrahlen	204
Röntgenstrahlen bei Trachom	366
Röntgentechnik	207
Rotzinfektion	312
Rückenmarksanästhesie	193
Rückenmarksverletzungen	43
Ruderbad	525
Salit	661
Salizylbehandlung, Intravenöse	244
Salizylpräparate	383, 455
Sanosin	301
Sarkom der Gebärmutter	384
Sarkoma labii majoris	326
Sauerbruch'sche Kammer	362
Säuglingsnahrung	540
Schanker, Harter	255
Scharlachserum, Mosers	101
Schaumwein	596
Schimpanse, Syphilitisch infizierter	591
Schlaflosigkeit, Kardiale Form der	439
Schlafmittel	357
Schlafmittel, Neuere	511
Schlafstörungen	24
Schlaftee	646
Schleimpolypen	93
Schmerzbetäubung	473
Schmerzsinn während der Geburt	50
Schreibkrampf	359
Schulterblatthochstand, Angeborener	612
Schüttellähmung	272
Schwachsinn	386
Schwangerschaft	191, 192, 194
Schwangerschaft und Phthise	368
Schwangerschaftsblutungen	95

Digitized by Google

	Seite
Schweißdrüsentumoren	222
Schweißfuß	537
Scopolaminum hydrobromic.	301
Scopolamin-Morphin-Narkose	633
Seborrhoea nigricans	389
Sectio caesarea mit Ovariotomie	190
Sedativa	558
Seekrankheit	355, 594
Sehnenscheideneiterungen	529
Selbstentwicklung	95
Selen- und Tellurnachweis	428
Sepsis, Akute	28
Serum antiarthriticum	222
Serum gegen Morbus Basedowii	334
Serumbehandlung der Diphtherie	317
Serumexantheme	109
Singultus	523
Siebbeinzellen	488
Skabies, Norwegische	610
Sklerose, Multiple	386
Skolikoiditis im Kindesalter	154
Skrofulose	134, 260, 484
Soletrinkkuren	372
Solbad	260
Soldanellae, Tinct.	222
Sonnen- und Luftbäder	25
Spalt- und Doppeltöne	376
Speiseröhrengeschwür	489
Speiseröhrenkrebs	225
Spinalparalyse, Spastische	553
Splenomegalie	547, 606
Spondylitis	208
Stagnin	390
Staphylokokken des chronischen Ekzems	161
Stauung, Bier'sche	26, 591
Sterilisation, Tubare	367
Stomatitis	663
Stomatitis gonorrhoica	374
Strophanthuswirkung	645
Strophulus infantum	257
Struma und Tetanie	429
Strychnininjektionen	524
Stuhlsieb	43
Styrakol	573
Sublimatvergiftung	426
Substanzen, reduzierende	589
Superinfektion	556
Suprarenin	262, 630
Suprareninum boricum	661
Sympathikuslähmung	656
Symphyseotomie	419, 637
Syphilis, Fötale	201
Syphilis und Tabes	273
Syphilis der Neugeborenen	210
Syphilisbehandlung	640
Syphilishydriatik	575
Syphilisserum Paulsen	423
Syphilisübertragungsversuche	314, 659
Syphilisvererbung	422
Syphilitische Veränderungen der Vagina und Vaginalportion	327
Syringomyelie	497
Tabes	608
Tabes, Diagnose und Therapie der	493
Tabes, Familiäre	552
Tabes, Hereditäre infantile	607
Tabes juvenilis	492
Tabes, Infantile und juvenile	44
Tabes und Syphilis	273, 274
Tabes, Wirbelerkrankungen bei	607
Tabes, Zytodiagnostik der	106, 327
Taboparalyse im Kindesalter	493
Taka-Diastase	447
Tannalbin	522
Tetanie	429
Tetanie, Hysterische	495
Tetanus	565
Thalassotherapie	307
Thalmannagar	216
Theocin	317
Theocinvergiftung	647
Theocin-Natrium aceticum	410, 661
Thioform	34
Thoriumnitrat	356
Thiosinamin	244, 248, 359
Thomsen'sche Krankheit	439
Thyreoiditis, Akute	265
Tibiaepiphyse, Verletzung der	331
Tonansatz	480
Tonsille, Syphilitischer Schanker der	48
Tonsillotom	365
Tophi der Ohrmuschel	500
Tracheotomie	482
Trachomatöse Infiltration	366
Tradescantia erecta	30, 557
Transplantationen	532
Transplantation der Thyreoidea	632
Transplantation nach Thiersch	581
Trichinosis	333
Trigemin	110
Trunksucht	246
Trypanosomenkrankheit	502
Tuberkulosis vulvae	160
Tuberkulöse Hauteruptionen	52

Digitized by Google

	Seite
Tuberkulosis conjunctivae	163
Tuberkulose	246
Tuberkulinreaktion	213, 322
Tuberkulindiagnostik	39
Tyloma palmare	479
Typhus abdominalis	501, 555
Typhusdiagnostikum	47
Ulcus ventriculi	465, 651
Unterleibstyphus	333
Urämie	181
Urate der Gelenkskapsel	532
Ureters, Arterielle Gefäßversorgung des	312
Ureterenkatheterismus	105
Uretersteine	586
Urethralinjektionen	198
Urethritis, Nicht gonorrhoische	435
Urin und Urinsedimente	383
Urinuntersuchungen nach medikamentöser Behandlung	647
Urnische Kind, Das	436
Urtikaria	257
Uterus, Inversion des	193
Uterus, Supravaginale Amputation des	637
Uterinfibrome, Verkalkung der	585
Uteruskrebs	474
Uterusruptur	418
Vaginafixatio	194
Vaginafixur	141
Validol	355
Val-Sinestra	521
Vanadiumpräparate	110
Vaporin	54
Variola	478
Vasenol	536
Vegetationen, Adenoide	598
Venenpulse	105
Verband, Erster	531
Veronal	353, 485, 486
Verwirrungszustand auf syphilitischer Grundlage	45
Vibrationsempfindungen	438
Vibrationsgefühl	272
Vibrationsmassage der Prostata	369
Viscinum depuratum	446
Vitiligo	421
Volvulus coeci	41
Vulva, Blumenkohlähnliche Tumoren der	217
Wanderlappen, Plastische	530
Wanderleber	324
Wanderniere	587
Wandertrieb	108
Wärmestrahlen	588
Warzen, Multiple	479
Wasserstoffsuperoxyd	642
Wehenerregung	32
Wendung	189
Wirbelsäulenverletzungen	43
Wirbelerkrankungen	607
Wundbehandlung	185
Wundinfektion	310
Wurmfortsatzeinklemmung	383
Wut, Modifizierte	555
Xeroform	595
Xerose der Halsschleimhaut	145
Zahnärzte	220
Zahnextraktion	644
Zahnheilkunde, Prophylaktische	484
Zahnkeimentzündung, Gangränöse	648
Zahnpflege in der Armee	147
Zähne, Verirrte	267
Zahnstein	593
Zahnschmerzen bei Refraktionsanomalien	151
Zellensteine	120
Zerebrospinalflüssigkeit, Lymphozytose der	53
Zerebrospinalflüssigkeit bei Luetischen	328
Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilitikern	550
Zerebrospinalflüssigkeit bei Tabes	549
Zervixrisse	635
Ziegenmilch	538
Zirkulationsstörungen	599
Zonen, Hyperalgetische	552
Zungenspatel, Selbstleuchtender	582
Zungenwurzel, Glatte Atrophie der	48, 373
Zwerchfellverletzungen	529
Zypressenöl bei Keuchhusten	316
Zystinurie	325
Zystinsteine	326
Zystitis, Ammoniakalische	196
Zytodiagnose	551

Digitized by Google

Autoren-Verzeichnis.

	Seite
Ahlfeld	141
Akesson	152
Albarran	157
Albarran und Imbert	270
Alexander	442
Alfvén	216
Allard	647
Almkvist	97
Alt	159
Amicis	610
Anschütz	186
Apelt	601
Arenheim	369
Arnsperger	543
Aschheim	276
Audry	52, 221
Aufrecht	517
Axmann	582
Bacaloglu	573
Bach	106
Baer	307 613,
Baermann	50, 387
Bandler	636
Baracz	138
Bardach	484
Barde	247
Barié	649
Barjansky	463
Barth	583
Bassenge	462
Baumgarten	49
Baumstark	359
Bayerthal	305
Bayet	276
Bechterew	438, 492, 608
Bechtold	553
Beck, von	578, 581
Becker, von	144, 246
Bedall	486
Behm	24
Behrend	651
Behring	575
Belan	130
Bell	319
Benedetti	389
Bernhardt	552
Bering	315
Bertrand	319
Bettmann	499, 639
Beurnier	250
Beyer	635
Bial	464
Bier	193
Biernacky	659
Bishop	248
Bittorf	380, 544
Blau	488
Bluhm	326
Blum	215, 487, 571
Blumenfeld	145
Boas	522
Bock	494
Boeck	613
Boenniger	629
Bogrow und Scharllewitsch	478
Bókay	101
Bondi	655
Borchard	139
Bornhaupt	93
Bornträger	596
Borri	467
Brasch	246
Brauer	28
Brault	370
Braun	17, 138, 365
Brauns	53
Brayton	478
Brieger	357
Brieger und Laquer	415
Brocq	96
Brodnitz	635
Brölemann	554
Bruch	537
Brüning	532, 538
Brunner	463
Bruns	656
Bruns, von	94
Brunsgaard	52
Bryan	484
Bucura	313
Budin	189
Buerger	185
Bukofzer	31, 480
Bulling	356
Bullowa und Kaplan	574
Burchard	90
Burchardt	382
Burk	93
Buschke	601
Buxbaum	47, 449
Bychowski	553
Calderara	146
Calvo	214
Campana	477
Cantlie	651
Cantrowicz	644
Caro	255
Carrière und Dancourt	555
Chajes	321
Charvet	264
Chiari	614
Cholmogorow	190
Christeanu	495
Christomanos	603
Claar	307
Claisse	384
Clamann	128
Clark	638
Clayton	151
Clemm	169
Cloetta	597
Coën	637
Coester	493, 608
Cohen und Rosenberger	547
Cohn	207, 328
Cohnheim	40
Corlett	422
Costa	585
Coste	137
Credé	242
Cristeanu	637
Cristiani	632
Cumster	93
Curioni	469
Curschmann	333
Cybulsky	253
Dabney	389
Dalsjö	601

Digitized by Google

Seite

Dangschat 102
Decker 603
Dehio 245
Depage und Mayer 579
Dernidow 522
Determann und Schröder . . 380
Detre-Deutsch 556
Devic und Charvet 152
Diehl 440
Dietel 188
Dieudonné 486
Dill 147
Doberauer 531, 634
Dohan 621
Dolbert 244
Dollinger 311
Drehmann 612
Dreyer 96, 549
Dumstry 249
Ebstein 133, 500
Edel 353
Edlefsen 206
Ehrlich 629
Elkan und Wiesmüller . . . 356
Engelbreth 198, 537
Engels 573
Englisch 113
Erb 273, 378
Erlenmeyer 629
Escherich 497
Esser 602
Ewald 358, 506
Exner 188, 205
Exner und Holzknecht . . . 206
Faber 104, 317
Faber und Bloch 545
Fabre 94
Falk 442
Falke 105
Falkenstein 521
Faltin 41
Feer 386, 431
Feilchenfeld 439
Feitel 312
Fellner 194
Ferrannini 543, 649
Feuerstein 164
Fick 199
Ficker 47
Fingerling 487
Fink 364, 517
Finckh 322

Seite

Fisch 469
Fischer 264
Flesch 652
Fließ 251
Forssel 529
Fraczkiewicz 128
Fraenkel 131
Frank 174, 607
Franz 638
Frédéric 388
Frenkel 327
Frenkel-Heiden 106
Frese 375
Fressinger 22
Freudenberg 196
Freyer 586
Friedrich 584
Fromherz 265
Fromme 301
Fuchs 159
Fürnrohr 43
Funke 328
Gaertner 525
Galli 322
Ganghofner und Langer . . 651
Garré 362
Gaupp 108, 160
Gerngroß 41
Ghezzy 245
Giese 608
Giere 426
Gilchrist 441
Glässner und Siegel 304
Glassington 148
Gockel 102
Görl 143
Goldberg und London . . . 204
Goldmann 538
Goldscheider 272
Goldzieher 366
Gomperz 482
Gräfe 192
Gräffner 267
Graff 602
Graßmann 520
Graves 553
Grawitz 518
Grober 554
Grouveu 498
Grosjean 48
Gruber 464
Grünbaum 187

Seite

Grünfeld . . 237, 292, 344, 396
Grünfeld und Holzknecht . 57
Grunert 311
Günther 645
Günther und Weber 502
Guérard 418
Guibè 585
Guszmann 33
Gutmann 317
Gutzeit 330
Habs 26
Hackenbruch 139
Hagelstamm 493
Halberstaedter 421
Hall 479, 584
Hallopeau 640
Hammesfahr 473
Harlingen 389
Harrison 314
Hartmann 546
Harttung und Alexander . . 611
Hartz 244
Hašcovec 273
Hauffe 32
Hausmann 487
Haynes 190
Hecht 262, 516
Heichelheim 603
Heichelheim und Kramer . . 433
Heim 465
Heine 53, 253
Helch 645
Helber 606
Hellendall 217
Heller 373, 606
Hellmer und Jakobsohn . . 629
Henius 521
Henrici 252, 482
Herring 196
Heß 107
Heuß 497
Heydenreich 555
Hildebrandt 149, 500
Hirsch 492
Hirschberg 606
Hirschfeld 433, 436
His 184
Hitschmann 105
Hnátek 386
Hochsinger 331
Hödlmoser 489
Hoffa 310

Digitized by Google

	Seite
Hoffmann	649
Hofmann	368, 416
Holländer	35
Holzknecht	86
Hoppe-Seyler	544
Hortat und Sabaréanu	606
Horwitz	639
Huber	592
Hugelshofer	206
Hukiewicz	332
Humbert	429
Ihrig	185
Inouye	275
Israel	361
Jacobi	431
Jaenicke	314
Janet	371
Jellinek	650
Jenckel	312
Jesionek	160, 534
Joachim	381
Jolowick	353
Jordan	530
Josef	370
Joseph	143, 257, 390, 583
Jürgens	374
Jungnickel	380
Kable	260
Kaminer	368
Kander	474
Kantorowicz	534
Kapeller	417
Kappesser	393
Kapsammer	105, 372, 420
Katz	582
Katzenstein	376, 411
Kaufmann	607
Kehr	363, 531
Kehrer	367
Kelen	382
Kellermann	16
Kessler	649
Killian	598
Kleinhans	637
Klien	383
Klieneberger	465
Klieneberger und Oxenius	389
Knapp	109, 320, 492
Knecht	409
Knott	384
Kobert	261
Kobrak	260
Koch	356, 409
Köhl	646
Körmöczi und Jassinger	378
Körner	248
Koepke	355
Köster	299
Korff	633
Kornalewsky	646
Kornfeld	617
Kossowsky	470
Kraus	122
Krause	333, 471
Kremer	132
Kronfeld	315, 369
Krusen	635
Künzel	574
Küster	578, 624, 636
Kuhn	628
Kuhnemann	181
Kumnig	413
Kuthi	526
Kuttner	219
Laehr	246
Laewen	630
Laméris	612
Landgraf	150
Langemak	634
Lapersonne	53
Laquer	591
Lassar	256, 479, 591
Latham	307
Latzko	418
Lauenstein	581
Lawrence	95
Lazarus	156, 324
Leick	524
Lenander	378
Lengler	584
Lengemann	248
Lenné	128, 302
Lenoble	110
Leri	218
Lesser	48, 99, 274
Levi	658
Lévy	538
Lewy	195
Libensky	488
Lieblein	94, 311
Liebreich	647
Liepelt	301
Lilienstein	360
Livingstone	630
Loeb	303, 572
Löbisch	90
Löbl	126
Loening	180
Loewe	471
Löwy	161
Lohmann	540
Lomer	313
Lorentz-Halila	246
Lorthioir	474
Lotheissen	93
Lotsch	386
Lublinsky	428, 598
Lutati	589
Maaßen	428
Mackewzie	649
Mac Leod	204
Madelung	417, 580
Mader	376
Mamlock	184
Manasse	107
Mandelberg	140
Mandelstamm	192
Mandl	496
Mangelsdorf	432
Manicatide	100
Manly	192
Mann	554
Maragliano	633
Marburg	40
Marcus	45
Margulies	37
Markovics	35
Marmorek	306
Martin	419
Martinier	425
Marzinowsky	259
Mathieu	268
Mayer	324, 479
Maret	146
Meier	541
Meinel	626
Meinertz	410
Mendel	219, 244
Mendelsohn	134
Mendes de Leon	310
Menzel	620
Mering	486
Merkens	540
Merzbacher	492
Mesnil de Rochemont	628

Digitized by Google

Seite

Messarosch 439
Meyer 89, 444
Mikulicz 362, 472, 479
Milian 549
Millner 107
Milton 355
Minor 272
Minky 473
Mix 547
Model 162
Möller 200
Möller und Fischer 149
Monod 44
Montgomery 421, 497
Moor 23
Moritz 545
Müller 165, 467
Murphy 32
Mury 194
Muthmann 524

Nadolerzny 593
Napp 422
Navratil 30
Neisser 659
Neisser und Pollak 654
Neisser und Veitel 314
Nékám 35
Neter und Roeder 257
Neufeld 374
Neumann 281, 594
Neutra 438
Newajdomsky 412
Newman 587
Nicolaysen 383
Niedner und Mamlock . . . 551
Niehans 363
Nijhof 95, 193
Nizay 574
Nobl 201
Nonne 552
Notthafft 434
Nova 428

Oelschläger 585
Offer 561
Onodi 488
Oppenheim 43, 492
Ott 323

Padoa 653
Paetzold 659
Pauli 19
Pawinsky 212
Payer 95
Péhu 599
Peiser 41
Percheron 45
Perthes 416
Pesthy 40
Peyer 249
Philip 536
Philipp 425
Phillips 31
Pick 271, 495
Pick und Aschi 535
Pickert 39
Pickardt 300
Pinard 109
Plavec 645
Plitek 151
Pollatschek 25
Poliektow 26
Pollosson 50, 108
Port 278
Posner und Cohn 641
Pospischill 165, 445
Poten 217
Pousson 548
Prochownik 191
Prym 625

Quenu und Duval 187
Quervain 265
Quincke und Groß 267

Raaf 646
Raimann 357
Raschkow 593
Ravant 550
Redlich 158
Rehfisch 599
Reich 91
Reichmann 523
Reinach 316
Reißner 606
Renzi, de 626
Rittershaus 462
Rittershain, von 109
Rutkowsky 471
Richter 255
Rieck 141
Riedel 532
Rieder 134
Rieder 212
Riegler 326
Riegner 464
Riehl 485
Riese 579
Rille 327
Rjmnin 595
Rocchi 277
Roeder 482
Roemhold 656
Rohden 318
Rollin 625
Rolly 501
Rommel 22
Rona 529
Rosenberg 30
Rosenfeld 211, 365, 471, 656
Rosenstein 252
Rosenthal 354
Rossitter 470
Rosthorn, von 602
Roth 539
Rüdel 444
Rühl 194
Ruhemann 272
Runeberg 599
Rumke 219
Rumszewicz 163
Rzentkowski, von 213

Sadger 565, 575
Salge 37
Samberger 98, 658
Santini 518
Sattler 609
Schäffer 263
Schiele 51
Schiff 485
Schippow 50
Schlagintweit 270
Schlatter 331
Schleip 333
Schlesinger 181, 305
Schliep 594
Schloßmanns 592
Schlütter 213
Schmidt 89, 322
Schmitt 410
Schneider 217
Schön-Ladniewski 593
Scholtz 203, 588, 642
Schopf 189
Schottelius 444
Schoetz 48
Schotten 423, 490
Schrage 627
Schücking 262

Digitized by Google

	Seite
Schürmayer	207
Schütz	225
Schütze	258
Schulze-Berge	249
Schultze	108
Schwab	162
Schwarz	338
Seegall	36
Seiffert	181
Sergent	106
Sergianz	102
Seydel	263
Sharp	356
Sherren	42
Sickinger	148
Siebert	202
Siegert	443, 484
Sievert	650
Sigel	131, 269
Sikemeier	363
Silbergleit	599
Silberstein	541
Simon	546
Simonds	547
Simonin	30
Singer	25
Sinnhuber	597
Sippel	33
Skinner	308
Sniker	437
Sokolowsky	148, 583
Soltmann	316
Sorgo	251
Sperk	260
Spieler	153
Spietschke	316
Spillmann und Blum	426
Sprengel	323
Springer	511
Staatsmann	383
Stadler	103
Stankowic	220
Stein	544, 572
Steiner	151
Steinthal	530
Stembo	197
Stempel	261
Sterling	149
Stiasny	414
Stilling	642
Stockum	531
Stoeltzner	38
Storch	159
Stratz	190
Straß	197
Sträußler	49
Strebel	142, 182
Stüber	261
Swiatecki	420
Swoboda	648
Szabóky	34
Tabora, von	630
Tarnowsky	364
Teeple	486
Telecky	372
Teleki	476
Teplin	588
Theilhaber	26
Thimm	536
Thurey	586
Toff	513
Tomasozewsky	220
Tordory, F. und A. von	273
Totze	261
Tramser	593
Trautmann	583
Treupel	29
Tschemolossow	440
Tuffier	652
Tussenbrock	367
Uhlenhut	318
Ullmann	65, 88, 595
Umbach	427
Unna	496
Unterberg	455
Veiel	162
Volhard	432, 607
Volland	582
Vollmer	478
Vörner	201, 646
Vossius	657
Voszinchel	578
Waelsch	51, 423, 435
Wagenknecht	580
Wagner	186, 303, 462
Walla	338
Wasserthal	325, 435
Waßmuth	301
Weber	133
Wehner	524
Weigert	372
Weiser	644
Welander	590
Wernitz	28
Wernicke	655
Wertheim	474
White und Smith	648
Wieg	438
Wiesinger	533
Wilms	552
Winterberg	301
Wolff	29
Wurdack	212
Zabludowsky	359
Zak	218
Zappert	494
Zeisler	206
Zesas	491
Zickgraf	571
Zuppinger	38, 99

Digitized by Google

Medizinische Reform

Sozial-medizinische Wochenschrift — **Redakteur: Dr. Rudolf Lennhoff, Berlin**

Die MEDIZINISCHE REFORM behandelt neben den ärztlichen Standesinteressen die gesamten Wechselbeziehungen zwischen Medizin und Volkswirtschaft.

Insbesondere werden die Beziehungen des Arztes zu den großen sozialen Einrichtungen — Kranken-, Unfall-, Alters- und Invaliditäts-Versicherung, Gewerbeaufsicht, Krankenhaus-, Heilstätten-, Armen- und Rettungswesen etc. — in Original-Artikeln von sachkundiger Seite besprochen. Zu Mitarbeitern zählt die MEDIZINISCHE REFORM Aerzte, wie Volkswirte, Juristen und Beamte sozialer Behörden und Anstalten.

Neben Original-Artikeln bringt die MEDIZINISCHE REFORM Referate und Uebersichten über alle literarischen Erscheinungen und die Vorkommnisse der Praxis aus dem gesamten Inhaltsgebiete der Wochenschrift.

Die MEDIZINISCHE REFORM ist dadurch ein bedeutsames Informationsorgan für alle Aerzte, Verwaltungen von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten, Großbetriebe, sowie für Volkswirte und volkswirtschaftlich tätige Beamte.

Die Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend.

Der Preis der MEDIZINISCHEN REFORM beträgt vierteljährlich nur Mk. 1·50.

Oscar Coblentz, Verlagsbuchhandlung
in Berlin W. 30.

Verlag von **MORITZ PERLES**, k. u. k. Hofbuchhandlung
Wien, I. Seilergasse 4.

Der Kurort Baden bei Wien.

Führer für Aerzte und Kurgäste

von

Med. Dr. Heinrich Kümmerling, Kurarzt in Baden.

= Preis K 1·20 = Mk. 1·20. =

Krystallisation und Morphogenesis

Biomechanische Studie

von **Prof. Dr. Moritz Benedikt.**

= Preis K 2·— = Mk. 2·—.

Fersan
in Pulverform.

D. S. Dreimal täglich 1 bis 3 Kaffeelöffel mit Milch, Kakao oder Suppe nach Gebrauchsanweisung zu nehmen.
Indiziert bei Anämie, Kachexien, Tuberkulose und in der Rekonvaleszenz.

FERSAN-WERK
Wien, IX. Berggasse 4.

Eisen. **Phosphor.**

Fersan

Jolles.
Eisen- und phosphorhältiges Nähr- und Kräftigungsmittel.
Schokolade-Fersan-Pastillen
für Kinder.

Fersan
in Pastillenform.

D. S. Dreimal täglich 3 bis 4 Pastillen.

Indiziert bei Bleichsucht, Rhachitis, Appetitlosigkeit, Neurasthenien, Schwächezuständen.

Erhältlich in allen Apotheken.

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
MAR 141905
LIBRARY.
8679

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskranke des Dozenten Dr. Karl Ullmann im Wiener allgemeinen Krankenhause.

Ueber die gegenwärtige Bedeutung der Radiotherapie für die ärztliche Praxis.

Auf Grund eigener Erfahrungen mit Berücksichtigung der Literatur[1])

von Privatdozent Dr. **Karl Ullmann.**

Während die Radiologie, die Wissenschaft von der Durchleuchtung des menschlich-tierischen Körpers, Aerzten wie Naturforschern nun schon ein wertvolles und geschätztes Gemeingut geworden ist, ist die Radiotherapie, die Beeinflussung der Haut und anderer Gewebe durch die physiologischen Eigenschaften der Röntgen-, beziehungsweise der ihnen sehr nahe stehenden Becquerelstrahlen, der Mehrzahl der praktischen Aerzte bis jetzt entweder fremd geblieben, oder es mangelt den weiteren ärztlichen Kreisen zum mindesten ein objektives Urteil über den praktischen Wert dieser Methode für die verschiedenen Gebiete der Hauttherapie.

Seit dem erst einmal durch Zufälle sonderbarer Art[2]) die Aufmerksamkeit einzelner Aerzte (Marcuse, Freund) auf die depilierende und entzündungserregende Wirkung der Röntgenstrahlen, oder wie sie ihr Erfinder Röntgen selbst 1895 wegen der Unmöglichkeit, sie mit anderen bis dahin den Physikern bekannten Strahlungen zu identifizieren, genannt hat, der X-Strahlen, gelenkt worden war, sind mehr als sechs Jahre verflossen. Die Summe all der Erfahrungstatsachen, die seit jener Zeit über den Gegenstand festgestellt werden konnte, ist eine überaus große; sie verdient gewiß schon seit Jahren mit Recht die Zuerkennung des Namens einer eigenen Disziplin.

Dank einer umfassenden Tätigkeit sehr zahlreicher forschender Aerzte in aller Welt, die es sich seit der Entdeckung der wunderbaren Eigenschaften der Röntgenstrahlen und der sogenannten

[1]) Da sich in den gebräuchlichen Lehrbüchern der Radiologie und Radiotherapie [so in denen von Albers Schönberg 1902, Gocht 1903, Donath 1903, Freund 1903 etc.] die gesamte Literatur des Gegenstandes bis auf die neueste Zeit zusammengestellt findet, ist hier nur auf einzelne einschlägige Arbeiten hingewiesen worden.

[2]) Freund sagt (l. c. S. 188) darüber folgendes: Die Entstehung und Entwicklung der Therapie der Hautaffektionen mittels der Röntgenbestrahlung datiert von einem Versuche, den ich 1896 unternahm, um die Behaarung eines großen naevus pigmentosus pilosus bei einem Mädchen mit X-Strahlen zu entfernen. Diese Versuche waren im Juni 1896 durch eine Zeitungsnotiz angeregt, deren Provenienz ich nicht näher eruieren konnte, welcher zufolge bei einem mit X-Strahlen arbeitenden Herrn eine Dermatitis mit gleichzeitigem intensiven Haarausfall am Kopfe entstand; weiters durch eine bald darnach in Nr. 30 der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift" erschienene Publikation des Dr. W. Marcuse in Berlin, welcher bei einem jungen Mann nach einer 14tägigen Beobachtung dasselbe Resultat am Kopfe bemerkte. Der hier zitierte W. Marcuse leitete u. a. schon in dieser seiner so überaus wichtigen Publikation „Dermatitis und Alopecie nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen" Deutsche m. Woch. 1896, Pag. 481, nach Schilderung der entzündlich veränderten Hautpartien am Kopfe und Rücken u. a. die letzteren höchstwahrscheinlich als die „Folge der physiologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen" ab. Die „schädigende Kraft erschöpfe sich fast ganz in den oberen Hautschichten", eine zweite auch heute noch als hochbedeutend zu nennende Beobachtung.

Digitized by Google

radioaktiven Substanzen zur Aufgabe gemacht haben, diese Disziplin zu fördern, hat sich allerdings nach mannigfachen Irrtümern und Irrwegen, die wohl zumeist aus dem begreiflichen Optimismus, aus mangelhafter Beobachtung, ja Selbsttäuschungen, aber auch aus unrichtigen Angaben hervorgegangen waren, schließlich doch eine ziemlich befriedigende Erkenntnis der Tatsachen, sowie sogar schon eine rationelle, verhältnismäßig bequeme und auch verläßliche Art der Technik in der Anwendung des Verfahrens ergeben, die es heute schon jedem Arzt, der Mühen und Opfer nicht scheut, ermöglicht, sich dieser wertvollen therapeutischen Entdeckung für seine Praxis zu bedienen. — Gerade daß die Radiotherapie in ihren ersten Stadien von nicht fachkundigen, jugendlichen Aerzten betrieben wurde, hat wohl auch dazu beigetragen manchen Irrtum heraufzubeschwören. —

Der Zweck dieser Ausführungen soll es nun sein, eine zusammenfassende, wenn auch gedrängte Darstellung der bisher festgestellten Indikationen für die Anwendung von Radiotherapie zu geben, wobei selbstverständlich auch manche Frage der Technik des Verfahrens berührt werden muß, allerdings nur so weit, als dies hier unbedingt nötig.

Schon im Mai 1900 habe ich auf dem zum größten Teil physikalischen Thematen gewidmeten, dritten wissenschaftlichen Kongresse des Zentralverbandes der Balneologen Oesterreichs in Serajevo Ilidze über meine während der Jahre 1898 und 1899 mit Röntgenstrahlen an Hautkrankheiten gemachten Erfahrungen u. zw. unter Demonstration von Photographien behandelter Fälle von Lupus, Acne vulgaris, Hypertrichosis, Favus, Trichophytie, u. a. Affektionen berichtet. Bei dieser Gelegenheit habe ich mich auch, soweit dies eben damals schon möglich war, zu einem Vergleiche der Wirkungen der schon besser gekannten photochemischen mit den der Röntgenstrahlen veranlaßt gesehen und auf die Verwertung gerade der letzteren für manche Affektionen, zumal in und unter der Haut sitzender Krankheitsherde hingewiesen, gegenüber den ersteren, welche mehr oberflächliche Wirkungen entfalten.

Insbesondere habe ich das Augenmerk auch schon damals auf die Hinfälligkeit der von Rieder unmittelbar vorher publizierten Versuche in Vitro über die bakterizide Wirksamkeit der Röntgenstrahlen gegenüber den Erfahrungen der täglichen Praxis hingewiesen. Da nun diese meine schon damals zu Beginn des Jahres 1900, ebenso wie auch meine diesbezüglich noch beträchtlich früher, schon im März 1899 im Wiener medizinischen Doktorenkollegium[3]) gemachten Aeußerungen auffallenderweise nur selten in der Literatur erwähnt werden, von einzelnen Autoren wie Schiff und Freund sogar Anfechtungen in Bezug auf die Berechtigung einiger meiner dort gemachten Behauptungen erfahren haben (siehe Wiener klinische Wochenschrift 1900, Nr. 37 und 38), halte ich es für unbedingt nötig, den betreffenden Passus aus meinem (l. c.) Vortrage hier wörtlich wiederzugeben, und füge noch hinzu, daß ich der erste Arzt überhaupt war, der an Kopffavus-Kranke gemeinsam mit Dr. M. Neumann mit Röntgenstrahlen in Wien behandelt habe, und an einem derselben wiederholt, auch die ersten später oft von anderen, Freund, Holzknecht etc. zugedachten ersten Versuche über die noch vorhandene Keimfähigkeit der ausgefallenen Favusmassen angestellt hatte.[4])

---

[3]) Gelegentlich einer Diskussion, die sich an dem Vortrage des Kollegen S. Kohn „Ueber Fortschritte in der modernen Hauttherapie" angeschlossen, und an welcher sich auch Kollege Freund beteiligt hatte.

[4]) Im März 1900 sagte ich (vergl. Wr. med. Presse 1900, Nr. 21, 22):

Mittels Röntgenstrahlen werden nicht nur Hypertrichosis, sondern auch Lupus vulgaris, Lupus erythematodes und zahlreiche andere Dermatosen verschiedenster Natur behandelt. Ich verfüge hier bereits über eine stattliche Anzahl von Beobachtungen, die ich zum Teile aus der eigenen Praxis gesammelt, zum Teile aus der Praxis anderer Kollegen mit diesen zusammen mitbeobachtet und behandelt habe. Insbesondere haben mir die Herren Doktoren Kaiser, Schröder, Stöckel, Bene-

Digitized by Google

Seit jener Zeit sind allmählich die meisten Autoren zu meiner schon damals geäußerten Auffassung über die Art der sogenannten bactericiden Wirkung der Röntgen- und Lichttherapie übergegangen. In meinen Lehrkursen pflege ich meine Hörer außerdem stets darauf aufmerksam zu machen, daß die Summe der Belichtungszeit mit irgend einer Lichtgattung, seien es nun Röntgen- oder Finsenstrahlen, selbst dann nicht reichen würde, um den betreffenden Herd, mit seinem

---

dikt und Max Neumann in Wien, die sich alle seit Jahren sehr intensiv mit dieser Behandlungsmethode praktisch beschäftigen, ihre wertvollen Erfahrungen zur Verfügung gestellt. Wie Ihnen die hier demonstrierten Photographien von Kranken, vor und nach der Röntgentherapie aufgenommen, deutlich darthun, ist man nicht nur in der Lage, ausgebreiteten Lupus vulgaris faciei und corporis, sondern auch hartnäckiges impetiginöses Ekzem der Gesichts- und Kopfhaut, Acne vulgaris disseminata, ferner insbesondere die sonst recht hartnäckigen Formen von Favus, Sycosis vulgaris und parasitaria mit recht schönem und meist auch dauerndem Erfolge zu behandeln.

Bezüglich letztgenannter Arten von parasitären Dermatosen, die innerhalb von Haarfollikeln sitzen und bei denen die radikale Epilation mit Recht seit jeher als erster Schritt zur rationellen Behandlung angesehen wurde, leistet die Röntgenbehandlung vielleicht das allerbeste. Noch bevor irgend jemand in Wien die Röntgentherapie für diese Art von Affektionen und von diesen Prinzipien geleitet, angewendet hatte, bin ich öffentlich für die Zweckmäßigkeit derselben gerade auf diesem Gebiete eingetreten. (Diskussion zu dem Vortrage über Hauttherapie von Dr. S. Kohn, gehalten im März 1898 im Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium). Seitdem haben Schiff und Freund wiederholt über günstige Ergebnisse bei diesen Affektionen berichtet. Ich möchte das Gebiet der Indikationen für Röntgentherapie auch jetzt noch besonders auf diese Gruppe, aber auch auf andere tiefersitzende Hautkrankheiten, z. B. Keloide, zirkumskriptes Hautsklerem ausgedehnt wissen, wozu sich das Röntgenverfahren vor allem wegen seiner (relativen) Tiefenwirkung besonders gut eignen dürfte.

Hier wird übrigens die Erfahrung noch zu sprechen haben, da ja die Natur der Erkrankungen, unabhängig von Sitz, Individuum, Disposition etc., jedenfalls auch noch eine bedeutende Rolle spielt. (Nachträglich erfuhr ich von Herrn Kollegen Freund, und ersehe dies auch aus dessen mir ad hoc freundlichst zugesandtem Separatabdrucke seines in München 1899 abgehaltenen Vortrages, daß er unter anderen neueren Indikationen, von denen ich mir per analogiam allerdings a priori weniger versprechen konnte (Elephantiasis, Leprome), auch Skleroderma und Keloide schon vor mir als solche angesehen hat. Auch bei älteren, scharf umschriebenen Ekzemschwielen könnte das Verfahren mechanisch eng begrenzt, d. h. unter sorgfältigem Schutze der Umgebung zur Anwendung gebracht, mitunter gute Dienste leisten und so die sonst hier angewendeten Irritationsmittel, Kaliätzungen, Ferrum candens, Chrysarobin etc. mit Erfolg ersetzen helfen. Die Hauptindikation bildet hier jedenfalls die Gruppe der parasitären Dermatosen einschließlich dicht gesäet oder gruppiert auftretender Acne vulgaris, die man wohl noch nicht allgemein als durch Mikroben hervorgerufen ansieht, die aber, wie vorgezeigte Photographien darthun, durch ihr promptes Schwinden bei längerer Behandlung einerseits ihre bakterielle Natur, anderseits die (indirekt) bakterizide Wirkung der Röntgenstrahlen zu erweisen scheint.

Ob den Röntgenstrahlen selbst eine spezifisch bakterizide Wirksamkeit zukömmt, etwa wie dem Formalindampf oder einem anderen Antiseptikum, halte ich trotz der positiven Versuche Rieders in dieser Richtung, die vor allen übrigen ja am meisten zu beweisen scheinen, nicht für sichergestellt. Die Möglichkeit, daß es erst einer entzündlichen Reaktion bedarf, die durch ihre seröse Durchfeuchtung die Bakterien aus ihren Nestern jagt und auf chemotaktischem Wege unschädlich macht, liegt für alle Fälle sehr nahe. Letztere Ansicht halte ich für wahrscheinlicher, nicht nur deshalb, weil der Besserung resp. Beseitigung aller genannten parasitären Affektionen stets oder doch zumeist eine merkbare, oft sehr deutliche entzündliche Reaktion vorausgeht (Lupus, Sycosis, Favus, Acne vulgaris, Ekzema mycoticum, E. impetiginosum), die zum Mindesten in einen gewissem Grade von Oedem und leichter Epitheldesquamation und bräunlicher Verfärbung angedeutet ist, sondern weil ich persönlich wiederholt nach längerer Röntgenbehandlung mit den Haaren ausgefallene Favusmassen auf Nährgelatine aufkeimen sah, meines Erachtens ein sicherer Beweis dafür, daß es bloß die

Digitized by Google

Inhalt an Bacterien zu avirulisieren, wenn diese kümmerlich wie im Reagensglase und nicht recht üppig in ihrem wohl besten Nährboden wachsen würden, der menschlichen Haut.

Auf Grund aller eigener Erfahrungen, die ich von den von mir seit 1898 bis heute behandelten, sehr zahlreichen Kranken zu machen Gelegenheit hatte, und unter kritischer Würdigung diesbezüglicher Fälle und Mitteilungen anderer Fachkollegen, die ich während dieser Zeit bis heute in der Praxis wahrzunehmen Gelegenheit hatte, all dessen ferner, was in ärztlichen Gesellschaften, auf Kongressen und in der Literatur in Wort und Bild über diesen Gegenstand gesagt und gezeigt wurde, will ich es hier versuchen, einen streng objektiven und vorurteilsfreien Bericht über diese aktuelle und wichtige Frage zu geben.

Eine objektive Würdigung dessen, was mit Hilfe der Radiotherapie heute schon geleistet werden kann und darf, stößt allerdings auf einige Schwierigkeiten. Noch ist das Verfahren als ein neues zu betrachten und wenn wir auch den Erfolg der Methode für eine Anzahl von Affektionen und Zuständen schon seit langem genau zu bemessen und zu bewerten imstande sind, so trifft dies doch nicht für alle Gebiete gleichmäßig zu, zumal nicht für solche Affektionen, die erst in der letzten Zeit für die Radiotherapie herangezogen wurden, insbesondere auch nicht bezüglich der Dauerhaftigkeit der Resultate. Herrschen ja selbst bezüglich der zu allererst herangezogenen Indikationen wie Lupus, Hypertrichosis auch heute noch nicht völlig übereinstimmende Meinungen. Auch dürfte erst der jeweilige Vergleich der radiotherapeutischen Erfolge mit den für die betreffenden Affektionen sich sonst am besten bewährenden Methoden anderer Art am ehesten geeignet sein, eine richtige Einschätzung des Verfahrens zu bewerkstelligen.

Einige Bemerkungen zur Technik und Dosierung der Röntgentherapie.

Da die Technik der Radiotherapie[5]) wenigstens bezüglich der Wahl der Röhren noch immer verschiedenartig geübt und empfohlen wird, indem sich die einen vorzugsweise oder sogar ausschließlich harter, die anderen wieder vorzugsweise weicher, regulierbarer Röhren bedienen, gerade darauf aber, ein Teil der Verschiedenheit der Wirkungen und Resultate zurückzuführen ist, erscheint es mir vorerst nötig,

---

entzündliche Lockerung der Haare in den Bälgen und die damit verbundene ideale Exfoliation der Pilzkeime ist, nicht aber deren Abtötung durch die Lichtstrahlen an und für sich, die nebst der Entzündung die definitive Heilung herbeiführt.

Eine weitere, viel angewendete Indikation zur Röntgenbestrahlung ist die Epilation zu kosmetischen Zwecken. Auch sie hat ihre Vor- und Nachteile. Vor allem ist sie nur dort zweckmäßig und anwendbar, wo zahlreiche Haare in dichten Gruppen beisammenstehen. Für einzelne, disseminierte Haare oder kleinere Haargruppen hingegen ist sie viel zu umständlich, zumal die Haare ja, wie ich selbst schon erfahren habe, 3-, 4-mal und noch öfter in allerdings immer länger werdenden Zeiträumen, und auch immer zarter und spärlicher, wieder hervorsprießen, so daß die Serien der Beleuchtungen von Zeit zu Zeit wiederholt werden müssen.

Als Vorteil fällt die Schmerzlosigkeit, Gleichmäßigkeit und Gründlichkeit des Verfahrens allerdings gewichtig zu Gunsten derselben in die Wagschale. — Als Ursache des Effluviums kann wohl weder eine elektive Wirkung auf die Haarpapille, noch auf den Haarbalg, sondern einzig und allein nur eine Beeinträchtigung der normalen Funktion und Beschaffenheit der ernährenden Gefäße der Haarmatrix angenommen werden, die, bis zu einer gewissen Grenze fortgesetzt oder öfter wiederholt, auch durch Thrombosierung und Degeneration zur definitiven Verödung führt. Ungelöst ist bis jetzt dabei allerdings die Frage, was für sonstige Gebilde der betreffenden Hautschichten bei derartigem Vorgehen gleichzeitig mitveröden. Man könnte jedenfalls auch noch an die gleichzeitige Verödung der Schweiß- und Talgfollikel, eventuell der glatten Hautmuskulatur denken. Weitere Untersuchungen werden uns hoffentlich bald darüber Aufschluß geben.

[5]) Bezüglich der Apparate will ich nur erwähnen, daß Induktoren mittlerer Funkenweite verschiedenster Konstruktion, mit Gleich-, Wechselstrom oder Akkumulatoren betrieben sich gleich gut zur Therapie eignen.

Digitized by Google

wenigstens auf diesen Punkt sowie auf die damit innig zusammenhängende Frage der Dosierung der Röntgenstrahlen einzugehen. Da Röntgenstrahlen höchstwahrscheinlich vermöge ihrer besonderen physikalischen Eigenschaften eine überaus aggressive physiologische Wirkung auf das Hautorgan ausüben, die weit eingreifendere und nachhaltigere Veränderungen zu setzen vermag als selbst die konzentrierten chemisch wirksamen Strahlen des Sonnenspektrums, oder die elektrischen Bogenlampen, in dieser Eigenschaft nur noch von den Becquerelstrahlen übertroffen werden, so war seit Beginn ihrer Verwendung begreiflicherweise stets das Bestreben nach ihrer möglichst genauen Dosierung gerichtet. Insolange man ausschließlich nur mit den harten Röhren arbeitete, deren geringere Quantität[6]) an wirksamen Röntgenlicht eine oftmalige Bestrahlung bis zum Auftreten der gewünschten Effekte erforderlich machte, genügte wohl (wie Schiff und Freund es des öfteren empfohlen hatten) in der Regel „schon große Vorsicht", um üble Zufälle, wie das Zustandekommen überstarker Reaktionen oder gar Ulzerationen mit der gefürchteten, lang dauernden Gangränbildung zu vermeiden. Freilich konnten diese Vorsichtsmaßregeln lange nicht genau präzisiert werden. — Daß sich nun trotzdem, besonders in der ersten Epoche der Radiotherapie üble Vorkommnisse, z. B. Überreaktionen mit ulcerös - gangränöser Dermatitis etc. häufiger ereigneten, fast jeder beschäftigte Radiolog kann wohl von derartigen Fällen aus jener ersten Periode berichten, hat seinen Grund hauptsächlich in der Unkenntnis der verschiedenen hier mit in Betracht kommenden komplizierten Faktoren. Das Verdienst, nun gerade diese Verhältnisse in klares Licht gesetzt zu haben, gebührt nach Sträter hauptsächlich dem Wiener Radiologen Kienböck.

Meist waren solche unerwartete Erscheinungen nach mehreren länger dauernden, kurz hintereinander folgenden Expositionen, zumal bei geringer Fokaldistanz der Röhren von der bestrahlten Fläche aufgetreten oder sie ereigneten sich auch nach sehr zahlreichen längeren Expositionen mit einer im ganzen genommen überaus langen Expositonsdauer. Kienböck hat im Oktober 1900 eine Uebersicht aller bis dahin ihm bekannt gewordenen (19) Fälle hartnäckiger Geschwürsbildung der gesunden Haut nach Bestrahlung mit Röntgenlicht harter Röhren gegeben und kritisch gewürdigt. (Wiener klinische Wochenschrift, 1900, Nr. 50.) Die wenigsten (4) Fälle dieser Reihe hatten sich aber infolge einer therapeutischen Beleuchtungsserie, die meisten (15) Fälle im Anschlusse an einzelne längere Expositionen zu photographischen oder Durchleuchtungszwecken gebildet und man könnte demnach vermuten, wie auch vielfach jetzt so durch Schiff, Freund, Ehrmann u. a. noch behauptet wird, daß die Wahl harter Röhren in entsprechenden Distanzen für den Erfahrenen einerseits genügende Wirkungen zustande bringe, anderseits dennoch üble Nachwirkungen mit größerer Wahrscheinlichkeit vermeiden lasse. Obzwar es nun höchst unwahrscheinlich ist, daß alle oder auch nur die

[6]) Harte hochevacuierte Röhren bedürfen einer starken Belastung mit hochgespannten Strömen, und setzen nur geringe Mengen der durchlaufenden Ströme in wirksameres R.-Licht um: dieses Licht ist aber auch qualitativ von dem weicher Röhren verschieden, insofern es von der Hautoberfläche zum geringeren Teile absorbiert wird, zum größten Teile die neben und den Körper durchlauft, penetriert. Je gashältiger, weniger evăcuiert die Röhren, desto leichter werden sie von weniger hochgespannten Strömen durchlaufen, desto mehr X-Strahlen werden in ihnen gebildet und desto mehr besitzen diese auch die Eigenschaft in der Haut selbst absorbiert und physiologisch wirksam zu werden. — Mit der Quantität ändert sich durch das Weicherwerden der Röhren dementsprechend nach Kienböck und Sträter auch die Qualität der X-Strahlen. Der Nachteil harter Röhren liegt demnach in ihrer geringeren physiologischen Wirksamkeit, außerdem aber noch in einer sehr wechselnden, während der Dauer selbst einer einzigen Sitzung sehr wechselnden Konstanz ihrer R.-Lichtmenge. Dieser Nachteil ist bei der sinnreichen Konstruktion der sich bezüglich ihres Härtegrades automatisch regulierenden weichen Röhren nahezu völlig vermieden. Vergl. darüber Gocht Lehrbuch der Radiologie.

Digitized by Google

Mehrzahl der gerade nach therapeut. Expositionen entstandenen schweren Dermatitiden mit harten Röhren in die Oeffentlichkeit drangen, so besteht schon nach den Untersuchungen Kienböcks und Sträters kein Zweifel darüber, daß eine unzweckmäßige, zum Beispiel zu lange dauernde Exposition oder in sehr kurzer Distanz hintereinander gegebene Expositionsserien mit harten Röhren in ihrer Wirkung ebenso unberechenbar sind, wie solche mit weichen Röhren, daß also, wie Holzknecht sich später (Die forensische Beurteilung der Röntgenverbrennungen. Fortschr. a. d. G. d. R. Str. Bd. VI.) treffend ausdrückte, Ueberdosierungen und Unterdosierungen mit harten Röhren ebenso leicht vorkommen, als mit weichen.

Für die Unabhängigkeit des Entstehens einer Röntgenverbrennung von dem Vakuum der Röhre spricht übrigens vollends der logische vom physikalischen Gesichtspunkte einleuchtende und durch zahlreiche Experimente begründete Gedankengang Kienböcks, bezüglich dessen auf das Original (Wiener klin. Wochenschr. 1900, Nr. 50) verwiesen wird. Außer Kienböck haben auch Gilchrist und N. Scott, ferner Barthelemy, Oudin und Darier kritische Zusammenstellungen der ihnen bekannt gewordenen Röntgenverbrennungen gemacht. Die ausführlichste solcher Zusammenstellungen jedoch verdanken wir Codman.

Codman (The Philadelphia med. Journal 1902, 8. und 15. März) führt als den ersten Fall von Röntgenverbrennung einen solchen von Daniel aus dem Jahre 1896, als zweiten den von Lepin im Juli 1896, den dritten von Stevens in England im Juli 1896 an. Außer diesen konnten noch

55	im Jahre	1896	veröffentlichte
12	„ „	1897	„
6	„ „	1898	„
9	„ „	1899	„
3	„ „	1900	„
1	„ „	1901	„
86			

von ihm gesammelt werden. Außer diesen 86 Fällen führt Codman noch 61 weitere Fälle aus den Jahren 1897 bis 1901 an, über welche er ausführliche Daten nicht bekommen konnte. Er schätzt die gesamte Zahl bis zur Zeit des Abschlusses seiner Arbeit (Anfang 1902) auf mindestens 200 und glaubt sich demzufolge zu einem, allerdings gewagten Schlusse berechtigt, daß an einer Statistik, die er speziell für die Fälle innerhalb der Bostoner Spitäler und im Stadtgebiet aufgestellt hat, gemessen, bei der vervollkommneteren Technik und der genaueren Kenntnis der Apparate heute durchschnittlich auf je 10 000 Beleuchtungen 1 Fall von Röntgenschädigung zu erwarten sei. Von 167 Fällen, die Codman nach deren Grad zu registrieren in der Lage war, betrafen 53 sogenannte chronische Röntgendermatitiden bei Radiologen, 14 betrafen akut verlaufende Verbrennungen ersten, 29 solche zweiten, und 71 solche dritten Grades.

Auf Grund genauer Verwertung der Literatur kommt Codman zum Resultate, daß außer den im Bereiche der Kontrolle und der genauen Bemessung von Seite des Arztes stehenden Faktoren doch auch die individuelle Beschaffenheit der Haut einen sehr wesentlichen Faktor zur Entstehung der unangenehmen Entzündung liefere, der leider nur zu oft außer der Möglichkeit einer Berechnung steht.

Die Ursache der Schädlichkeit ist nicht immer genau eruierbar oder bekannt, sie geht nahezu parallel mit der Intensität der chemisch aktiven Ausstrahlungen von der Röntgenröhre, und bewirkt zunächst eine Schädigung der trophischen Hautnerven. Die unbekannten Faktoren, die zur Verbrennung beitragen, liegen mehr in den Elementen des menschlichen Körpers, als in den Bestandteilen des Röntgenstrahlen erzeugenden Apparates. Nach allgemeinen Erfahrungen allerdings werden durch weiche Röhren leichter und mehr Verbrennungen erzeugt, als durch harte. Soweit die aus einer recht gründlichen Statistik gewonnenen Konklusionen Codmans, eines selbst sehr aktiven Radiologen.

Digitized by Google

Dieser letztzitierte Satz ist wohl der wichtigste und auch aus meiner eigenen Erfahrung heraus kaum bestreitbar. Eine Sammlung der Fälle aus den letzten zwei Jahren 1902 und 1903, innerhalb welcher man wohl schon an vielen Orten und Stellen mit weichen Röhren Therapie treibt, würde dies sicherlich bestätigen. Allerdings haben sich in dieser Zeit gerade auch wieder durch Kienböck Ausführungen, aber auch durch die Vorsichtsmaßregeln, welche durch Erfindungen mehrerer anderer Radiologen, ganz besonders durch Walter, Benoist, Albers, Schönberg, Holzknecht, Wehnelt u. a. ermöglicht wurden, die Gefahren einer solchen Schädigung bei Bestrahlung auch zu therapeutischen Zwecken wesentlich verringert, indem von diesen Herren Methoden, beziehungsweise Apparate angegeben wurden, die es gestatten mit mehr oder weniger Genauigkeit die Menge der physikalischen, beziehungsweise physiologisch wirksamen Röntgenlichtes zu schätzen respektive zu messen.

Seit Codmans Untersuchungen bis heute dürften sich demnach gewiß weitere ähnliche Fälle ereignet haben. Ist es aber sicher, daß die weichen Röhren physiologisch wirksamer sind, dann besteht kein Zweifel, daß Kienböck Recht hatte, nicht den Härtegrad allein, sondern eher die Konstanz der Röhren in Rechnung zu ziehen, und daß er recht darin tut, wenn er die harten Röhren schon wegen der Unverläßlichkeit der Konstanz für allgemeinen Gebrauch verworfen hat. Selbstverständlich ist dadurch auch die ganze Methode, mit diesen harten für ungefährlich gehaltenen Röhren täglich oder doch sehr häufig hintereinander (für gewöhnlich solange zu beleuchten, bis die ersten Spuren einer Reaktion sich zeigten) als Normalmethode als antiquiert zu verwerfen, vielmehr erscheint es zweckmäßig, sich der kräftig wirksamen, regulierbaren Röhren auf mittlere Weichheit eingestellt zu bedienen und die Sitzung spärlich vorzunehmen, dafür aber zwischen einer und der nächsten Sitzung einen entsprechend langen, von 2 bis 3 Wochen dauernden Zeitraum verstreichen zu lassen, in dem der Patient behufs eventuell aufgetretener reaktiver Erscheinungen sorgfältig zu kontrollieren ist. Durch diese Art des Vorgehens gewinnt das Verfahren einen weit höheren Grad von Rationalismus und Verläßlichkeit.

Da für die physiologisch-therapeutische Wirksamkeit des von der Röntgenröhre ausgehenden Lichtes nebst 1. der Qualität der Röhre auch 2. der Strom in Bezug auf Stärke (S) und Spannung (V), 3. die Röhrendistanz, 4. die Zahl der Unterbrechungen, 5. die Zeitdauer der Exposition, 6. aber auch das Zeitintervall zwischen den einzelnen Röntgenexpositionen in Betracht kommt, wie auch Kienböck l. c. hervorgehoben hat, ist selbstverständlich auf alle diese Punkte am eigenen Apparate sorgsam zu achten, und das eigene Instrumentarium nach diesen Richtungen fortwährend exakt in Evidenz zu halten.

Kienböck empfielt den Primärstrom auf 3—6 Ampère zu bringen, zirka 15—20 mal zu unterbrechen, das Röhrenvakuum durch passende Regulierug auf weich oder mittelweich zu stellen, wodurch ein mittelstarkes intensives wenig penetrierendes Licht entsteht. Als zweckmäßige Röhrendistanz hält er 15—25, gewöhnlich 20 cm. von der Röhrenperipherie bis zur Haut gerechnet. Er hält unter solchen Bedingungen 2—6, im allgemeinen 3—5 Sitzungen an einander folgenden Tagen für vollständig ausreichend. Nach dieser Behandlungsepoche wird unter allen Umständen ein Zeitraum von 2—3 Wochen eingeschaltet, und nur, wenn bis dahin die gewünschten reaktiven Erscheinungen, kompleter Haarausfall, Rötung, Schwellung, Braunfärbung, nässende Entzündung (Excoriation) nicht erschienen sind, oder zu gewissen Zwecken wie zur Erzeugung bleibender vollkommener Alopezie, Fortsetzung der Behandlung noch vorhandener Lupusherde etc. etc. ist das Verfahren eventuell mitunter entsprechend modifiziert zu wiederholen.

Ich habe diese expeditive Methode Kienböcks beiläufig in der hier ange-

Digitized by Google

gebenen Weise nun in so zahlreichen Fällen erprobt, daß ich dieselben unter allen Umständen für einen wertvollen, vielleicht den bedeutendsten Fortschritt in der Radiotherapie bezeichnen muß, der seit den ersten Versuchen in Bezug auf die Technik bis jetzt gemacht wurde. Die Behandlung wird vor allem von Monaten und Wochen durchschnittlich auf Tage und Stunden herabgedrückt. Dennoch enthält auch diese schon sehr verbesserte und vereinfachte Methode nach meiner Erfahrung noch wesentliche Lücken und Fehlerquellen Die wichtigste erscheint mir in der sehr verschiedenen individuellen Disposition, beziehungsweise Toleranz der menschlichen Haut gegenüber der Reizwirkung durch Röntgenstrahlen zu liegen die außer jedem theoretisch aufgestellten Calcül steht.

Während der Apparat, Induktor (da sogenannte statische Influenzmaschinen ja heutzutage nicht mehr in Frage kommen), weiter auch Stromstärke und Stromspannung, endlich die Intensität des Primärstroms, wie immer dieser erzeugt, bei verständnisvoller Wartung und Beaufsichtigung als gut kontrollierbare und auf gewisse Konstanz und Präzision regulierbare Faktoren angesehen werden können, von deren Richtigkeit in der Funktion man sich durch geeignete Meßapparate in jedem Moment überzeugen kann, sind andere hier maßgebende Faktoren wie die Qualität der Röhre, deren Distanz und die Expositionszeit selbstverständlich den größten Schwankungen und vollkommen dem Belieben des Arztes sowie auch Zufällen anheimgegeben. Für den wichtigsten aller dieser Faktoren nimmt man wohl allseits die Röhrenqualität an, und es existiert auch da schon eine Reihe von Vorrichtungen, um dieselbe nicht nur wie in früherer Zeit durch bloßen Anblick während der Funktion behufs Abschätzung ihres Fluoreszenz- und Durchleuchtungsvermögens mit freiem Auge, sondern durch exakte, graduierte Skalen, beziehungsweise durch Ablesung mathematisch beurteilen zu können.

Ohne auf das Prinzip der verschiedenen diesbezüglich in Verwendung stehenden Instrumente (Härteskalen) eingehen zu wollen, will ich nur erwähnen, daß ich in jüngster Zeit ein von Dr. Wehnelt angegebenes und im Handel bereits erhältliches Instrument, ein Radiometer in Verbindung mit einem Kryptoskop kennen gelernt habe, welches dazu dient, solche Messungen auch bei Tageslicht ohne Verdunkelung vornehmen zu können und das mir in technischer Beziehung der von allen bisher empfohlenen das verläßlichste zu sein scheint.[7]) Das Kryptoradiometer (Dr. Wehnelts) ermöglicht es, den jeweiligen Härtegrad der Röhren vor und auch während der Dauer der Expositionen zu kontrollieren ohne erst die Sitzung auf längere Zeit unterbrechen zu müssen.

Außer den Instrumenten zur Härtemessung der Röhren ist aber in letzter Zeit durch Holzknecht auch eine Methode der Messung der Quantität des wirksamen Röntgenlichts ausgearbeitet worden, die er selbst in dem Prinzip mit dem eines Ombrometers vergleicht. Von allen von einer Röntgenröhre auffallenden

[7]) Beschreibungen des Apparetes und des Prinzipes, auf welchem dieser beruht, findet man bereits in allen Katalogen renommierter Röntgen-Apparatefabriken.

Während ich in früheren Jahren mit Akkumulatorenbetrieb und Quecksilberunterbrecher gearbeitet habe, benütze ich seit einem Jahre einen stationären Apparat folgender Konstruktion: einen 30zölligen Rumkorffinduktionsapparat dessen Primärspule vom Wechselstrom gespeist wird. Die Sekundärspule ist mit einem Wechselgleichrichte-Unterbrecher System Koch in Verbindung. Letzterer hat den Zweck, nur gleichartige Phasen des Wechselstromes durch die Röntgenröhre zu leiten. (Näheres über die Konstruktion dieses Apparates findet sich im Nachtrag zur 9. und 10. Abteilung des Hauptkataloges 1902 von Reiniger, Gebbert und Schall.) Der einzige Nachteil dieses Gleichrichters besteht in dem intensiven Geräusch, das der Apparat während des Betriebes verursacht. Je nach der Ausschaltung der Rheostatwiderstände bin ich in der Lage von der Straßenleitung von 1·6—6·8 Ampère zu entnehmen. Die meisten therapeutischen Behandlungen bedürfen in der Regel einer Belastung der Röhren mit einer Stromstärke von 2½—4 Ampère, die bei einer Spannung von 100 Volt und ca. 40 Unterbrechungen in der Sekunde, ein gleichmäßig, schönes, recht wirksames Röntgenlicht liefern.

Digitized by Google

Strahlen wird während einer Sitzung ein Teil auf eigenen kleinen für Röntgenstrahlen empfindlichen Reagenskörpern aufgefangen. Dielben zeigen je nach der Menge der auffallenden Strahlen entsprechende Farbenveränderungen, welche selbst unmittelbar nach der Exposition oder selbst während einer kurzen Unterbrechung derselben mit einer eigenen Standardskala verglichen werden können, wodurch wieder jedesmal auf die Menge der absorbierten und auch physiologisch wirksamen Röntgenstrahlen geschlossen werden kann. Die betreffende Substanz besteht aus Salzgemengen, die vor der Belichtung schmutzig graugrün, im Verlauf der Belichtungen eine immer dunklere bis sattgrüne Färbung erhalten.

Das Prinzip rührt von Goldstein her und beruht darauf, daß gewisse Salze im Kathodenlicht Farbenveränderungen erleiden (Sitzungsber. d. Akad. d. W., Berlin, pag. 937, 1894). Nach Holzknecht soll dies auch für Röntgenstrahlen, sowie für alle ultravioletten Strahlen zutreffen, da sich sowohl Kathoden — wie Röntgenstrahlen während ihrer Absorption in chemisch wirksame ultraviolette Strahlen umwandeln. Wie immer nun der Apparat, mit dem die Röntgenstrahlen erzeugt werden, auch zusammengesetzt sein mag, das Chromoradiometer verzeichnet die Summen seiner jeweilig wirkenden Strahlen. Ob nun auch qualitativ verschiedene, zum Beispiel mehr oder weniger penetrierende Strahlen durch dieses Meßinstrument gleichmäßig gut angezeigt werden, anders gesagt, ob dieses Salzgemenge der Reagenskörper in demselben Maße für alle Strahlenarten ebenso absorptionsfähig ist als die lebende Haut, das allerdings scheint mir noch als offene Frage. — Das Instrument dient nicht nur zur genauen Bestimmung der jeweilig erteilten Dosen, sondern auch zur Statuierung einer Maximaldosis für das Individuum zur Erreichung einer bestimmten Reaktionshöhe. Vor allem kann es zur Bestimmung der Dauer und Höhe der Leistungsfähigkeit der Röntgeninstrumentarien, zur Bewertung der Schutzmittel, ferner zur Messung der Bequerelstrahlung benützt werden. Mit Hilfe dieses Instrumentes konnte Holzknecht, zum Beispiel als Maximaldosis — für die Toleranz einer normalen Haut berechnet — 10 H seiner Skala angeben, die innerhalb eines Monates erteilt werden dürfen, soll es nicht zu bösen Inkonvenienzen kommen. Derselbe Autor gab l. c. Wr. klin. Rundschau 1902, Nr. 35 auch schon jene wichtigsten individuellen Differenzen an, die bei der Erteilung der Gesamtdosen berücksichtigt werden müssen, um stets gleichartige Reaktionen zu erzeugen. So bedürfen jugendliche Individuen durchschnittlich weniger als ältere, zarte, unbehaarte Haut weniger als derbe, behaarte, bereits belichtete Haut zwecks einer zweiten Behandlungsserie weniger als noch unbelichtete.

Nicht nur die Idee und das Prinzip, sondern auch die Ausführung dieses Holzknechtschen Instrumentes halte ich für höchst wertvoll und mit Gocht (Lehrbuch 2. Aufl., pag. 317) heutzutage geradezu für unentbehrlich. Die Handhabung des Verfahrens hat nur dann den gewünschten Wert, wenn sie exakt erfolgt, wenn insbesondere die Reagenskörper genau in derselben Kugelebene zu liegen kommen, als die zu bestrahlende Fläche, da sie nur so dann dieselben Lichtmengen empfangen und absorbieren können. Auch die Ablesung an der Skala macht durch die von der Holzeinfassung der Reagenskörper ausgehenden Schatten, namentlich im Beginne ziemliche Schwierigkeiten, da sich hier Helligkeits- und Farbennuanzen mischen. Der bedeutendste Mangel des Verfahrens liegt jedoch vorläufig noch in einer gewissen Stumpfheit der Skala, die es nur gestattet, relativ große Mengen des absorbierten Lichtes zu messen, was mitunter bei schon belichteten Kranken, wo man nur eine Einheit nach der andern gradativem hinzufügen will, am meisten empfunden wird. Auch gehört zum Ablesen ein sehr gutes Auge und gleichmäßige Tagesbeleuchtung. Es wird der Technik gewiß gelingen, auch diese Fehlerquelle in Bälde zu verringern.

Niemals aber ist zu vergessen, daß mit dem Chromoradiometer, selbst bei

Digitized by Google

idealster Handhabung desselben stets nur das fait accompli, das ist die bereits gegebene Dosis gemessen werden kann, so daß, um Ueberdosierungen zu vermeiden, die Röhren bei subtilen Bestrahlungen außerdem noch nach Kienböcks Verfahren mit dem Fluoreszenzschirm oder noch besser mit einem Härtemesser (Skiameter) kontrolliert werden müssen. Weiterhin erscheinen mir 2 Dinge bis jetzt zu wenig berücksichtigt, wenn auch Kienböck bereits darauf hingewiesen hat. Das eine betrifft den sogenannten Erholungsfaktor, der selbstverständlich von Chromoradiometer ganz unabhängig berücksichtigt werden muß.

5 Einheiten auf 5 Sitzungen auf einen Monat verteilt, geben eine wesentlich andere Reaktion, als ceteris paribus dieselben 5 Einheiten in einer Woche, oder gar in einer Sitzung gegeben. Das zeigt nicht nur die Erfahrung, sondern auch die Ueberlegung, daß eine schon belichtete Haut einen anderen Zellzustand und demgemäß andere Toleranz besitzen muß als eine noch gänzlich unbelichtete. Dabei ist stets eine von vornherein normale Haut vorausgesetzt; nun ist aber zu bedenken, daß es örtliche und allgemeine Erkrankungen gibt, die die Empfindlichkeit beziehungsweise Toleranz gegen Röntgenlicht an und für sich wesentlich modifizieren können. Denken wir nur an hochgradige Anaemie, Diabetes, Haemophilie etc.

Das zweite Moment betrifft die Schlagfolge der Unterbrechungen. Ich spreche aus konkreten Erfahrungen heraus und nicht auf Grund theoretischer Reflexion, wenn ich sage, daß die Anzahl der Lichtschläge in der Sekunde unabhängig von der durch sie erzeugten Röntgenlichtquantität an und für sich einen wesentlichen Einfluß auf die Art der folgenden Reaktion besitzt. So sind 4 H Lichtquantität in einer Sitzung gegeben, bei einer Unterbrechungshäufigkeit von 2500 in der Minute das ist 40 in der Sekunde von einer stärkeren und auch früher eintretenden Reaktion gefolgt gewesen, als dieselben 4 H — mit Chromoradiometer gemessen — an einer anderen symetrisch gelagerten Hautstelle desselben Individuums (Psoriatiker) ebenfalls in einer einzigen Sitzung aber mit natürlich doppelter Expositiondauer bei nur der Hälfte der Unterbrechungszahl und sonst ganz gleichen Bedingungen der Belichtung. Je kontinuierlicher die Lichtquelle, desto agressiver ist sie also.

Ich will auf diese mit einem Teil der Kienböckschen Ausführungen nicht völlig hormonierenden Erfahrungssatze keineswegs gegen die Wichtigkeit, ja Notwendigkeit einer exakten Dosierung Einwände erheben, sondern damit nur beweisen, daß gerade bei den Röntgenstrahlen die noch so exakte Bemessung der physikalischen Komponenten noch lange nicht strikte und eindeutige Schlüsse auf die ihnen folgenden physiologischen Vorgänge, Art und Höhe der Reaktionen, Zeitpunkt ihres ersten Auftretens etc. zuläßt.

Aus dem Gesagten folgt, daß eine Dosierung der Röntgenstrahlen in dem Sinne der präsumptiven Schätzung ihrer physiologischen Wirkung noch immer auf große Schwierigkeiten stößt, die sich allerdings durch fortgesetzte Erfahrungen allmählich verringern werden. Da sich hiebei die gewiß seltenen Fälle von zweifellos wirklich vorkommender Idiosynkrasie gegenüber den Fällen von nur graduell aber doch wesentlichen verschiedener Empfindlichkeit von einander sehr bald unterscheiden lassen, und es wohl nur ausnahmsweise ausgeschlossen ist, durch eine jedesmalige Probebeleuchtung den Grad der Empfindlichkeit der Haut des betreffenden Individuums für Röntgenstrahlen bestimmter Konzentration und Penetrationskraft sicher zu stellen, ließe sich vielleicht dadurch ein Ausweg finden, um Uebereaktionen zu vermeiden. — Ich bediene mich, von diesen Gesichtspunkten ausgehend, der Kienböck-Methode, also mittelweicher Tuben, deren Weichheit ich mit Schirm, in der letzten Zeit mit dem Webneltschen Krypto-Radiometer jedesmal messe[8]) und appliziere, wo immer

[8]) Es ist, wie Erfahrungen zeigen, selbst für die geübtesten Radiologen nicht ratsam, sich auf eine

Digitized by Google

es nur angeht, das Verfahren zunächst auf eine kleine Partie der betreffenden Krankheitsherde die übrige Haut natürlich sehr sorgfältig schützend. Erst nach einer Zeit von 12—14 Tagen pflege ich dann zur eigentlichen Behandlung zu schreiten, da diese Frist hinreicht, um den Ablauf der ersten Reaktion und Empfindlichkeit der Haut oft auch um den Erfolg für den Zustand genügend beurteilen zu können. Handelt es sich um ausgebreitete Herde irgend einer Affektion wie Lupus, wo von vorneherein größere Dosen appliziert werden können und sollen, dann pflege ich auch mehrere kleine Herde mit verschiedener Dauer, aber mit derselben Intensität zu beleuchten und wende zur Weiterbehandlung jene Dauer, resp. Quantität an, die mir zur Applikation in dem betreffenden Falle als die geeignetste erscheint. — Bei diesem mehr exspektativen Vorgehen hat mir das Kienböcksche Verfahren niemals zu unangenehmen Ueberraschungen Veranlassung gegeben, da nicht nur die Menge des absorbierten Röntgenlichts, sondern auch die Toleranz des betreffenden Individuums von vornherein auch berücksichtigt werden kann.

Klinische Merkmale der Röntgendermatitis.

Das Ausmaß der Indikationen zur Röntgenbehandlung wird sich nicht nach den momentanen Effekten, sondern nur nach dem Endresultat im Vergleich mit anderen, bisher zur Anwendung gelangten Methoden allmählich begrenzen lassen. Hiebei wird für jede einzelne Affektion, ja sogar für verschiedene Fälle derselben Affektion, je nach deren Sitz, Ausbreitung etc., zur Beurteilung des Wertes dieser Methode maßgebend sein: erstens die Bequemlichkeit der Anwendung, die Raschheit der erzielbaren Wirkung, die Dauer der Resultate, die Möglichkeit eventuell auftretender Schädigungen während und nach der Behandlung. Nur ein Abwägen aller dieser Faktoren läßt den Praktiker den richtigen Maßstab für den Wert der Methode bestimmen.

Während die Abschätzung der erstgenannten Faktoren sich jedem Arzt schon von selbst ergibt, wäre hier nur noch von der sogenannten Gefährlichkeit der Methode von den bleibenden Schädigungen zu sprechen, insoferne ja gerade diese schon aus kosmetischen Rücksichten für Kranke die größte Wichtigkeit besitzen, vielleicht aber außerdem späterhin zu irgendwelchen schweren Veränderungen, ja neuen selbständigen Krankheitssymptomen Veranlassung geben könnten. Der Einblick in dieses wichtige Kapitel ist heute ein viel gründlicherer und klarer, als in den ersten Jahren der Radiotherapie, da zahlreiche Forscher sich mittlerweile mit den Strukturveränderungen, die an der Haut durch Röntgenstrahlen hervorgerufen werden können, beschäftigt haben.

Diese Veränderungen sind nach verschiedenen Gesichtspunkten klassifiziert und mit den klinischen Erscheinungen in Einklang gebracht worden. Während eventuelle schädliche Wirkungen für tiefer unter der Haut liegende Teile, z. B. Sinnesorgane, Retina, auf Leukocyten im Blut und den Geweben, auf das Muskelfleisch noch nahezu völlig unbekannt, zum mindesten viel zu wenig studiert sind und man geneigt ist, den Einfluß auf das Allgemeinbefinden und die tiefer liegenden Organe überhaupt nur als einen sehr geringen, nur bei einzelnen Individuen eben bemerkbaren jedenfalls belanglosen anzusehen, ist die Haut durch die schon deshalb viel leichter zu affizieren, weil sie die erste Schichte ist, auf welche die Röntgenstrahlen auffallen, und weil, wie nachgewiesen werden konnte, die Hauptmasse der Röntgenstrahlen in den obersten Schichten der Haut selbst zur Absorption gelangt. Auch wieder ist es besonders Kienböck, der die Hautveränderungen in seiner Arbeit: „Zur Pathalogie der Hautveränderungen durch Röntgenbestrahlung“ (Wiener med. Presse 1901) zuerst in klarer Weise übersichtlich behandelt und zumal vom klinischen

Schätzung der Weichheit der R.-St. aus der Art des Aufleuchtens zu verlassen, selbst wenn kurz vorher das Licht gemessen wurde, so daß das Lichtbild noch genau in Erinnerung steht.

Digitized by Google

Gesichtspunkte dargestellt hat, so daß wir unter den verschiedenen Autoren, die diesen Stoff vor und nach ihm in oft ausgezeichneter Weise behandelt haben, am besten auch da ihm folgen.

K. unterscheidet akute und chronische Formen der Röntgendermatitis. Die akute Röntgendermatitis tritt in verschiedenen Graden auf. Der erste Grad, gekennzeichnet durch eine bloß trophische Veränderung der Haut ohne äußerlich sichere Entzündungserscheinungen, kennzeichnet sich gewöhnlich durch ein mehr oder weniger vollständiges Effluvium, eine gewisse Trockenheit und leichte Pigmentierung der Haut. Der zweite zeigt die gewöhnlichen Erscheinungen von Entzündung, Hypertrophie, Temperaturerhöhung, Infiltration in der Cutis und Epidermis, von verschiedenen, hauptsächlich juckenden, seltener schmerzhaften Gefühlen begleitet. Als den dritten Grad gibt er eine Dermatitis bullosa an, die sich als eine Durchtränkung und Zerklüftung der Epidermis, Bildung von Blasen, größeren oder kleineren, darstellt und die mit heftigen Schmerzen einhergeht. Mitunter findet sich bei ihr die Lederhaut in größerem Umfange abgehoben, wobei die unterste Zellage der Epidermis, das stratum papillare auf weite Strecken bloßliegt und eine katarrhalische epitheliale Desquamation zufolge hat. Diesen Zustand bezeichnet er mit Excoriation, auch Exfoliation.

Der vierte Grad charakterisiert sich durch Zerstörung der Epidermis und Cutis bis in die tiefsten Schichten mit Bildung von Gangrän und sich daran anschließender Ulceration.

Während der erste Grad der akuten Röntgendermatitis gewöhnlich erst nach 10—14 Tagen, selbst nach 3 Wochen von der einzigen oder letzten Bestrahlung ab gerechnet, in Erscheinung tritt, und zu vorübergehendem Haarausfall und Pigmentation führt, die nach mehreren Monaten wieder einer völligen Restitutio ad integrum Platz macht, ist bei Eintreten des zweiten Grades, d. i. nach stärkeren, längeren Expositionen gewöhnlich das Latenzstadium ein kürzeres auf nur höchstens eine Woche beschränktes.

Die sich anschließenden entzündlichen Erscheinungen variieren sehr in ihrer Intensität, gewöhnlich schließt sich ihnen eine zunehmende Braunfärbung der Haut und Exfoliation der Epidermis in dunkelbraunen Schuppen verschiedener Größe an. Einige Monate später erscheint die Epidermis gewöhnlich zarter, glatter, lichter, aller größeren Haare ledig, mitunter auch vom Lanugo befreit, nach längerer oder kürzerer Zeit jedoch stellt sich die völlige Ernährung und das gewöhnliche Aussehen der Epidermis wieder ein. Erst bei der Dermatitis des 3. Grades, welche mit viel länger (1 bis 2 Wochen) andauernden und heftigen Erscheinungen der Infiltration Schmerzhaftigkeit etc. einhergeht, führt das Verfahren zu bleibenden destruktiven Veränderungen narbig-atrophischer Natur. Der Nachwuchs der Haare ist ein unvollständiger oder erfolgt mitunter überhaupt nicht. Es bleiben dauernde Pigmentveränderungen namentlich aber Teleangiektasien zurück. Ich habe in solchen Fällen sehr häufig auch eine Pigmentveränderung im Sinne einer Pigmentatrophie einer auffallenden Blässe, Pigmentlosigkeit der Haut zu beobachten Gelegenheit gehabt, seltener eine Hyperpigmentation. Gocht beobachtete auch Pigmentverschiebungen.

Das Wichtigste aber ist das Auftreten von einzelnen. mitunter zahlreichen Teleangiektasien und auffallende Hautatrophie, die bei manchen, besonders kindlichen Individuen mitunter prägnante von Weitem schon in die Augen springende Veränderungen bilden. (Eigene Beobachtungen.)

Ist die Reaktion durch stärkere, längere oder oftmalige Beleuchtung noch intensiver geworden und hat sie gar zur Nekrose geführt, dann ist selbstverständlich auch wieder je nach der Intensität die betreffende Hautveränderung verschieden schwer, es bildet sich ein brauner, zuweilen fast schwarzer trockener Schorf, zu dessen charakteristischen Eigenschaften ein ungemein zähes Anhaften, eine geringe Neigung zur Demarkation und Abstoßung gehört. Nach endlicher Abstoßung, die oft 2—3 Monate und in einzelnen schweren

Digitized by Google

Fällen, wie berichtet wurde, selbst über 1 Jahr benötigte, kommt es zur Bildung von Granulationen und Vernarbung. Auch Uebergang in Ulzeration einfacher oder spezifischer tuberkulos-syphilitischer Natur (bei latenter Dyscrasie) ist bereits beobachtet und beschrieben worden. In den Narben finden wir neben Pigmentatrophie auch Ueberpigmentation und Teleangiektasien.

Wesentlich verschieden sind die Veränderungen der Haut, welche durch oftmalige, meist infolge des Berufes zustande kommenden Bestrahlungen mit R-Licht, zumal bei Radiologen, Elektrikern entstehen. Entweder handelt es sich hier nur um Atrophie der obersten Hautschichten, einschließlich der Haarpapillen. Die Haut erscheint meist verdünnt, etwas runzelig und frei von Lanugo, häufig auch schmutziggrau verfärbt, die Nägel, erscheinen bräunlich, rauh oft rissig, mit Längs- und Querrunzeln behaftet. Diese Veränderung bildet sich meist nur, nach durch viele Monate oder Jahre hindurch durchgeführter, wenn auch jedesmal noch so kurzer Bestrahlung und ist meist, wie auch die folgende auf dem Handrücken allein, oder doch dort am stärksten ausgeprägt. In einer anderen Reihe von Fällen ist es im Gegenteil eine Verdickung der Lederhaut, verbunden mit einer beträchtlichen Bräunung und ekzemähnlichen Schuppung; auch die Nägel in ihrer Substanz und im Bereiche des Nagelbettes bieten Zeichen deutlicher Schuppung.

In manchen Fällen sind diese Dystrophien der Hände durch chemische Schädigungen, z. B. das Entwickeln photographischer Platten in ihrer Entstehung begünstigt, kompliziert und modifiziert. In seltenen Fällen haben sich, wie auch ich berichten kann, solchen Veränderungen bei Radiologen endlich auch noch Ulcerationen von besonders langer Dauer und Torpidität angeschlossen.

Für die Therapie wichtig, ist natürlich die genaue Kenntnis des klinischen Verlaufes der erstgenannten, akut entstehenden Hautalienationen, weiterhin die Art der anatomisch-histologischen Veränderungen und Läsionen, endlich das Wesen dieses eigentümlichen Entzündungsprozesses und die sich dabei abspielenden pathogenetischen Vorgänge im Gewebe.

Endgiltig fallen gelassen erscheint die zumal durch Freund propagierte Theorie, daß nicht die X-Strahlen, sondern die mit ihnen verbundenen elektrischen Röhrenwandentladungen die Hauptursachen der physiologischen Wirkungen seien. Die Analogisierung der Röntgendermatitis mit dem Eczema solare und photoelectricum oder gar mit den Wirkungen der filtrirten ultra violetten Lichtstrahlen von Finsen-Lampen läßt sich auf Grund der vorliegenden Untersuchungen nur insoweit machen, als in beiden Fällen eine gewisse chemische Wirksamkeit auf die Zellen außer Zweifel steht, die mit dem Grade der Schwärzung von lichtempfindlichen Platten nahezu parallel läuft. Die Tiefenwirkung der beiden Lichtgattungen Licht- und X-Strahlen ist allerdings sehr verschieden. Die X-Strahlen penetrieren viel bedeutender. als die chemisch wirksamen Bestandteile des Lichtspektrums. Ganz besonders solche X-Strahlen, die aus hoch evacuierten, harten Röhren auf die Haut gelangen.

Außer der gemeinsamen Komponente der Chlor- und Bromsilber-Schwärzung führen jedoch die beiden Strahlengattungen in physiologischer Beziehung noch zweifellos sehr verschieden wirkende Komponenten in sich. Man vergleiche nur eine heftige Röntgendermatitis mit den höchsten Graden der Reaktionen nach Finsen-Bestrahlungen. Hier wie dort eine heftige Entzündung mit ödematöser Infiltration der Cutis, Abhebung und Zerstörung der Epidermis, Blutaustritten aus zerissenen Gefäßen, Auflockerung des Bindegewebes, Erweiterung der kleineren Gefäße, doch wesentlich ist der Unterschied in der Inkubation, die nach der X-Strahleneinwirkung viel länger ist, als nach Finsenlicht, welche letztere ja schon wenige Stunden nach der Bestrahlung auftritt und kurz nachher, höchstens in 1 bis 2 Tagen ihre Akme erreicht.

Die Inkubationszeit, sowie die Akme

Digitized by Google

des Entzündungsprozesses der durch X-Strahlen erzeugten Dermatitis dauert weitaus länger, gibt in ihren höheren Graden bisweilen zu viel mehr Beschwerden, spannenden mitunter neuralgiformen Schmerzen, Brennen, Hitzegefühl etc. Veranlassung, als die weit rascher ablaufende leichter tolerierte Finsenlichtreaktion. Auch die Ausgänge beider Entzündungen, Narbenbildung, Gefäßektasierung dürften insoferne zugunsten der Finsenbelichtung ausfallen, als nach dieser die Vernarbung rascher zustande kommt, bleibende Gefäßaktosierungen zu den Seltenheiten gehören, dementsprechend wahrscheinlich auch durch die Oberflächlichkeit der Wirkung die gesetzten Narben zarter, weniger sichtbar sind, als die Ausgänge schwerer Röntgendermatitiden. Oudin, Barthélemy und Darier glaubten auf Grund ihrer Untersuchungen annehmen zu dürfen, daß die Veränderungen an den Bestandteilen der Haut oberflächlich nicht durch eine bloß örtliche chemische Einwirkung auf die Zellen der Cutis und Epidermis zustande kommen, sondern daß es sich um trophoneurotische Entzündungen handle, die sich aus einer primären Degeneration der Endverästlungen der Hautnerven entwickeln und demgemäß nach einer sehr verschieden langen Inkubationszeit in Erscheinung treten.

Diese Theorie erfreut sich jedoch keiner großen Beliebtheit. Ebensowenig vermag aber irgend eine der vielen anderen bis jetzt aufgestellten Hypothesen den eigenartigen Verlauf der Röntgendermatitis genügend zu erklären. Unna meinte auf Grund eines einzelnen histologischen Befundes, daß es sich um primäre Schädigungen der Bindegewebsbestandteile der Cutis handle, ein Befund, der übrigens von allen bisherigen histol. Befunden wesentlich abweicht. Sicher ist vielmehr, daß am frühesten und auch am intensivsten die epithelialen Gebilde der Epidermis und deren Adnexe, die Haarpapillen, Drüsenausführungsgänge bis unter das Stratum vasculosum eine Schädigung erfahren, die bekanntlich sogar zu einer Theorie einer elektiven schädigenden Wirkung der R-Strahlen für epidermoidale Gebilde geführt hat. Vom klinischen Gesichtspunkte aus war Kaposi ein Gegner jeder elektiven Wirkung und schloß sich jenen Forschern an, welche den Angriffspunkt der Röntgenstrahlen, ebenso wie den der ultravioletten chemisch wirksamen Strahlen in die kleinen Hautgefäße verlegten, indem er annahm, daß es sich zunächst um eine fluxionäre, dann paretische Gefäßhyperaemie mit sekundärer Entzündung und seröser Transsudation handle, die im normalem Gewebe vorübergehend, im pathologisch veränderten z. B. im Lupusgewebe bleibend zur Degeneration, Verödung und Resorption mit Neubildung entweder von gleichartigen Gewebszellen aus den nicht genügend geschädigten Keimzellen oder zur Bindegewebs- und Narbenbildung aus den Elementen (Leukocyten, Fibroblasten) der Entzündungsprodukte führe. [Pathol. u. Therapie der Hautkrankheiten 1899, pag. 838.]

Tatsächlich scheinen es auch Degenerationsprozesse besonderer Art und vorwiegend in dem Gefäßbaum lokalisierte zu sein [Befunde von Gassmann, Scholtz u. a.], die je nach dem Grade auch recht tief in das Gewebe hineinreichen und nach längerer Inkubation den pathol. Prozeß einleiten, der im Wesen eine fibrinöse Entzündung mit Neigung zur Nekrose darstellt. Wenn auch diese von Gassmann aufgedeckte eigentümliche vakuolisierende Gefäßwanddegeneration gewiß nicht den einzigen eigentümlichen pathologischen Effekt im Gewebe darstellt, wie ursprünglich angenommen wurde, sondern nahezu alle Gewebs- und Zellgattungen mehr weniger von eben solchen vakuolisierenden Degenerationsvorgängen betroffen werden, so scheint mir doch die gleichzeitige schwere Schädigung aller Gefäße, besonders auch der Lymphgefäße und Lymphspalten am ehesten zu einer befriedigenden Erklärung für die auffallend lange Dauer dieser bekannten Arten der Entzündungen gegenüber allen andern herangezogen werden zu können. Man braucht sich bloß an die lange Dauer mancher Aetzwunden besonders

Digitized by Google

solcher nach Kali causticum oder Aetzalkalikum, konzentrierter Essigsäure etc. zu erinnern, bei denen auch die Reparation infolge gleichzeitger Schädigung im Gefäßbaume besonders lange einhergeht oder an das Bild der heute allerdings nur mehr aus Beschreibungen bekannten Formen des Ergotismus, bei denen sich die oft überaus lang dauernden Gangränformen durch eine vorausgegangene toxische Schädigung der Gefäße erklären lassen, welche selbst durch lange Zeit in spastischer Kontraktion zu einer deletären Ischaemie führten. Ob Ischaemie durch Contraction oder syphilitische Endarteritis oder eine andere Form der Endarteritis, jedenfalls sind es vasculäre Ernährungsstörungen, die solche Mortifikationsprozesse einleiten.

Wir müssen es demnach doch noch offen lassen, ob selbst auch die zuletzt von Kienböck im Vorjahre gegebene Theorie der Röntgenschädigung zur Erklärung unbedingt nötig ist und befriedigen kann. Kienböck nimmt eine chemische Veränderung des Gewebes durch den absorbierten Teil der Röntgenstrahlen an. Letztere sollen ebenso wie die ultravioletten Strahlen des Sonnen- und elektrischen Bogenlichtes in ihrer aktinischen Energie in chemische Energie umgewandelt werden, dadurch sollen Zersetzungsvorgänge eigentümlicher Art entstehen, indem schädliche, „giftige" Produkte eines unterwertig gewordenen Stoffwechsels förmlich aufgestapelt werden, solange bis die Menge derselben einen genügend großen Reiz gesetzt hat, damit die spezifische R-Dermatitis zum Ausbruch gelange. Sei es nun, so meint Kienböck, daß die Produkte abgestorbener Zellen nicht genügend rasch weiter zersetzt und resorbiert werden können, sondern übermäßig lange an Ort und Stelle liegen bleiben, oder daß sogar eigene Toxine in dem Gewebe der Haut entstehen, jedenfalls stellte der ganze Prozeß eine chemische Noxe eigener Art dar, die mit keiner anderen Entzündung verglichen werden kann. Wir möchten Kienböck darauf vorderhand nur das erwidern, daß es auch andere Entzündungen mit längerer Inkubation und folgender Nekrose gibt, bei denen der Entzündungsprozeß ein evident chronischer, die Abstoßung der nekrotisch gewordenen Partien ungemein langsam erfolgt. Wenn sich auch herausstellen sollte, daß die Ulcerationsprozesse und die Nekrosen nach Röntgendermatitis durchschnittlich länger dauern, als die bei anderer Prozesse z. B. Brandschorfen, Aetzschorfen, syph. Gangrän. Ergotismus, hysterisches Gangrän, so genügt doch zu einer befriedigenden Erklärung wohl die ausgebreitete, weit über den eigentlichen nekrotischen Herd hinausgehende schwere Alienation des Gefäßbaumes, sowohl der ernährenden als des drainierenden, die Abfuhr besorgenden hier wie dort hinreichend, um die verhältnismäßig noch längere Dauer auf mehr mechanische und einfache Weise zu erklären und die Annahme von der Anhäufung besonderer Schädlichkeiten, abnormen Eiweißzersetzungsstoffen, Toxinen etc., erscheint dadurch von selbst überflüssig.

Wenn nach heftiger R-Dermatitis Etablierung ausgedehnter Nekrosen, ab und zu Fiebererscheinungen und diese auch nur vorübergehend, beobachtet wurden, so ist derlei auch bei den anderen Nekrosen, namentlich kurz vor oder während der Demarcation der Herde oft genug beobachtet worden. Es läßt sich demnach auch aus solchen, übrigens keineswegs immer bei R-Dermatitiden vorkommenden Erscheinungen, keinesfalls noch ein Schluß auf die Spezifizität der Zersetzungsprodukte gegenüber anderen nekrotischen Herden ziehen. Die lange Dauer des Reparationsvorganges aber wird ebenfalls durch die destruktive Art der Gewebsveränderungen, auch an den die Abfuhr besorgenden Gefäßen, genügend erklärt.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

(Aus der hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin. Leiter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Brieger.)

Ueber lokale Lichttherapie.

Von Stabsarzt Dr. **Kellermann,** kommandiert zum Institut.

Wenn sich in neuerer Zeit besonders die hydrotherapeutischen Institute der Lichttherapie angenommen haben, so ist dies wohl weniger eine Folge davon, daß sich diese Anstalten durch die „Naturheilanstalten" in ihrer Existenz bedroht sehen, wie F. Müller [1]) meint, sondern vielmehr der ganz natürliche Ausdruck des Gefühles der Zusammengehörigkeit und Verwandtschaft der physikalischen Heilmethoden. Liegt schon in der Einrichtung allzu vieler therapeutischer Spezialinstitute die große Gefahr der Einseitigkeit und des Schematismus, so ist es unbedingt notwendig, wenigstens die Gebiete, deren Vereinigung praktisch durchführbar ist, nicht zu trennen, sondern nach Möglichkeit zusammenzuhalten. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, wenden wir im hiesigen hydrotherapeutischen Intitut möglichst sämtliche physikalisch-diätetischen Heilmethoden an und befassen uns auch — soweit das angängig ist — mit der Lichttherapie.

Abgesehen von der allgemeinen Lichttherapie im elektrischen Glüh- und Bogenlichtbad, stehen uns zur lokalen Lichtbehandlung zwei von der Elektrizitätsgesellschaft „Sanitas" gelieferte Apparate zur Verfügung: ein Bogenlichtapparat [2]) und eine handliche Glühlichtlampe, welche nach den Angaben des Prof. Minin in St. Petersburg [3]) konstruiert ist.

Die lokale Lichttherapie wird zur Zeit beherrscht von dem Finsen-Verfahren, speziell der Lupusbehandlung. Daneben findet man Angaben über andere Methoden nur spärlich in der Literatur zerstreut. Die Frage, ob chemische Wirkung oder Wärmewirkung das Entscheidende sei, steht im Vordergrund des Interesses. Während beim Finsen-Verfahren die chemische Wirkung des Lichtes unter möglichster Ausschaltung der Wärme zur Geltung kommt, neigen wohl die meisten Autoren der Ansicht zu, daß bei den einfacheren Apparaten wesentlich die Wärmewirkung der therapeutische Faktor ist. [4])

In folgendem berichte ich über vorzugsweise seit Beginn meiner Tätigkeit in der Universitätsanstalt für Hydrotherapie daselbst in den letzten Monaten mit lokalen Bestrahlungen behandelte Kranke. Da hier zumeist poliklinische Patienten in Betracht kommen, so scheidet eine nicht unbeträchtliche Zahl von Behandelten aus, welche nach kürzerer oder längerer Zeit der Behandlung ohne den Endeffekt der Kur abzuwarten, der Anstalt fernblieben. Hauptsächlich wurden Kranke mit Neuralgien, Hautaffektionen, besonders Ekzeme behandelt. Was die Art der lokalen Behandlung betrifft, so wurden zumeist Glühbirnen von dunkelblauem Glase dazu benützt, seltener solche von dunkelrotem Glase. Bei Anwendung des Scheinwerfers wurde gewöhnlich eine blaue Glasscheibe dem Leuchtkörper vorgeschoben. Die Patienten wurden angewiesen, den zu bestrahlenden Körperteil in eine solche Nähe der Lichtquelle zu bringen, daß sie eine eben noch erträgliche angenehme Wärme bei der Bestrahlung empfanden. Die Dauer der einzelnen Bestrahlung betrug meistens 15 Minuten und konnte aus äußeren Gründen durchschnittlich nur viermal in der Woche wiederholt werden.

---

[1]) Bericht über die neueren Leistungen auf dem Gebiete der Balneotherapie, Hydrotherapie und Phototherapie von Dr. Franz L. Müller in München. Schmidts Jahrbücher, Bd. 276, 1902.

[2]) Beschrieben bei Kattenbracker. Das Lichtheilverfahren, Berlin 1899, S. 136.

[3]) Minin, Ueber die Behandlung des Lupus mit blauem elektrischen Licht. Med. Woche Nr. 51, 1901.

[4]) S. die diesbezüglichen Mitteilungen aus unserer Anstalt von Stabsarzt Dr. Krebs: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1902 und Monatsschr. f. orthopäd. Chir. u. physik. Heilmethoden Nr. 4, 1902.

Digitized by Google

Die betreffenden Fälle seien hier ganz kurz aufgeführt:

I. Neuralgien.

1. K. L., Arbeiter, 31 Jahre alt. Trigeminus-Neuralgie seit 1896; behandelt mit blauem Glühlicht, 12 Bestrahlungen. Heilung.

2. A. A., Dienstmädchen, 25 Jahre alt. Trigeminus-Neuralgie (außerdem Rheumat. artic.); behandelt mit blauem Glühlicht 10 Bestrahlungen. Heilung.

3. A. W., Frau, 42 Jahre alt. Neuralgie am rechten Vorderarm seit 1/4 Jahr; behandelt mit blauem Glühlicht, 7 Bestrahlungen. Bedeutende Besserung.

4. L., Frau, 56 Jahre alt. Trigeminus-Neuralgie seit 1 Jahr; behandelt mit blauem Bogenlicht, zirka 26 Bestrahlungen. Heilung.

5. K. S., Fräulein, 19 Jahre alt. Hemikranie seit 1/4 Jahr; mit fließenden Fußbädern ohne Erfolg behandelt; dann 18 Bestrahlungen mit blauem Glühlicht. Kein Erfolg.

6. K. F., Metallarbeiter, 30 Jahre alt. Gesichtsneuralgie nach Kieferhöhleneiterung, wiederholt operiert; mit blauem Glühlicht behandelt, über 30 Bestrahlungen, ohne Erfolg.

7. B. A., Frau, seit 3/4 Jahr Gesichtsneuralgie (Druckpunkt am N. infraorbitalis); Bestrahlungen mit blauem Glühlicht; nach 8 Bestrahlungen wesentliche Besserung. (Noch in Behandlung.)

8. B. N., Fräulein, 46 Jahre alt. Neuralgie der rechten Schulter; zuerst dreimal mit blauem Glühlicht, dann fünfmal mit Bogenlicht bestrahlt; bedeutende Besserung. (Noch in Behandlung.)

9. E. S., Frau, 43 Jahre alt, Neuralgie der Hände seit 5 bis 6 Wochen; sechsmal mit blauem Glühlicht bestrahlt. Besserung. (Noch in Behandlung).

10. C. A., Steindrucker, 46 Jahre alt. Lumbago seit 3/4 Jahr; zuerst ohne Erfolg mit Dampfduschen behandelt, dann nach 9 Bestrahlungen mit Bogenlicht Besserung.

11. A. J., Schaffner, 49 Jahre alt. Neuralgie der Schulter. 6 Bestrahlungen mit Glühlicht ohne Erfolg. (Leidet außerdem seit Jahren an Lumbago.)

12. M. D., Frau, 38 Jahre alt. Schmerzen nach Pleuritis; zuerst zehnmal mit Glühlicht, dann fünfmal mit Bogenlicht bestrahlt. Heilung.

13. B., Schuhmacher, 57 Jahre alt. Neuralgia capitis; nach dreimaliger Bestrahlung mit Glühlicht Heilung.

II. Hautkrankheiten.

1. W., Frau, 48 Jahre alt. Trockenes Ekzem der Hände seit zwei Jahren. Nach nur zweimaliger Bestrahlung mit blauem Glühlicht deutliche Besserung.

2. A. Z., Fräulein, 18 Jahre alt, leidet seit ihrem 12. Lebensjahre an Akne des Gesichtes und Rumpfes. Früher mit innerlichen Mitteln und Seifen ohne Erfolg behandelt. Nach 18 Bestrahlungen mit blauem Glühlicht wesentliche Besserung.

3. L. H., Pensionär, 62 Jahre alt. Leukoplasie der Wangen- und Kehlkopfschleimhaut seit 1897, in letzter Zeit schmerzhaft geworden. Nach zirka 20 Bestrahlungen wesentliche Besserung; besonders sind die Schmerzen geschwunden.

4. E. F., Kaufmann, 42 Jahre alt. Trockenes Ekzem im Nacken und Rücken; wurde vorher mit Salben und Teer behandelt, innerlich Arsen und Jodkali, später nur mit rotem Glühlicht, dann mit blauem behandelt. Im ganzen zirka 20 Bestrahlungen. Besserung.

5. G. L., Arbeiter, 37 Jahre alt, seit 1890 krank, mit Zinkpasta, Oel, Teer, ohne Erfolg behandelt. Nässendes Ekzem der Vorderarme, weniger Unterschenkel, Rücken. Nach 10 Bestrahlungen mit rotem Glühlicht bedeutende Besserung. (Daneben wurden heiße Kleienbäder gegeben.)

6. H. P., Fräulein, 36 Jahre alt, leidet seit Herbst 1902 an trockenem Ekzema faciei. 5 Bestrahlungen mit Bogenlicht. Kein Erfolg.

7. E. P., Frau, Psoriasis, besonders der Arme. 8 Bestrahlungen mit blauem Glühlicht, ohne Erfolg. (Leidet außerdem an Arthritis deformans.)

8. A. S., Dienstmädchen, 22 Jahre alt. Akutes Ekzem an Stirn und Nase (außerdem Lungenspitzenkatarrh). 6 Bestrahlungen mit blauem Glühlicht. Heilung.

Digitized by Google

9. W. M., Mädchen, 9 Jahre alt. Nässendes Ekzem der rechten Kniekehle. 8 Bestrahlungen mit blauem Bogenlicht Heilung.

10. H. W., Beamter, 54 Jahre alt. Trockenes Ekzem am Bauch. 15 Bestrahlungen mit blauem Glühlicht. Heilung.

11. A. B., Näherin, 59 Jahre alt. Trockenes Ekzem der linken Hand. 15 Bestrahlungen mit blauem Glühlicht. Heilung.

12. A. R., Frau, 56 Jahre alt, leidet seit Jahren an Varicen; seit 4 Wochen Ulcera cruris. 9 Bestrahlungen mit blauem Bogenlicht. Heilung.

13. P. H., Beamter, 28 Jahre alt. Seit 8 Wochen trockenes, schuppendes Ekzem am Handrücken. 10 Bestrahlungen mit blauem Glühlicht. Wesentliche Besserung. (Noch in Behandlung.)

14. L. S., Frau, schuppendes Ekzem am Unterschenkel. Varicen (seit 18 Jahren). 10 Bestrahlungen mit blauem Glühlicht. Besserung. (Noch in Behandlung.)

15. P. H., Frau, 55 Jahre alt. Ekzem. 36 Bestrahlungen mit Bogenlicht. Bedeutende Besserung.

16. F. G., Eisengießer, 34 Jahre alt. Juckendes Ekzem der Beine. 4 Bestrahlungen mit Bogenlicht. Besserung.

17. R., Hausdiener, 49 Jahre alt. Malum perforans bei Diabetes. 18 Bestrahlungen mit blauem Glühlicht, ohne Erfolg.

18. O. G., Musiker, 43 Jahre alt. Seit 10 Jahren Psoriasis. Ohne Erfolg mit Chrysarobin, Teer, Jodkali behandelt. 15 Bestrahlungen mit Bogenlicht. Kein Erfolg.

19. K., Witwe, 48 Jahre alt. Ekzem im Nacken. 10 Bestrahlungen mit blauem Glühlicht. Besserung.

20. R. W., Briefträger, 32 Jahre alt. Akutes Ekzem der Schulter. 9 Bestrahlungen mit blauem Glühlicht. Heilung.

21. P. R., Verkäuferin, 24 Jahre alt. Ekzem am Unterschenkel. Varicen. 5 Bestrahlungen mit blauem Glühlicht. Heilung.

Zu bemerken ist noch, daß mehrere von den mit „Heilung" bezeichneten Fällen Monate nach ihrer Entlassung bei gelegentlicher Vorstellung sich noch in demselben Zustand befanden, daß also bei diesen wenigstens der Erfolg nicht nur ein vorübergehender, sondern ein dauernder war. Besonders scheinen manche Neuralgien und Ekzemformen sich für die Bestrahlungen zu eignen, und hierin stimmen auch die Resultate anderer Beobachter im großen und ganzen gut mit den unserigen überein. So hat Strebel [5]) „günstige Erfolge bei Akne, Furunkulose, weniger bei Psoriasis" gefunden, während er allerdings „bei Trigeminus-Neuralgien nie einen Erfolg gehabt hat". Dagegen hat Kattenbracker [6]) günstige Erfolge bei Neuralgien gehabt (verwendet wurde blaues Bogenlicht), ebenso bei Furunkulose und Unterschenkelgeschwüren, und Keßler [7]) rühmt sowohl die rasche Beseitigung der Schmerzhaftigkeit wie den vorzüglichen Einfluß auf Ekzeme. Daß auch von anderer Seite dem elektrischen Lichte schmerzstillende Eigenschaften zugemessen werden, beweist Minin [8]), welcher blaues elektrisches Licht zur Anästhesierung benützt an Stelle der Schleich'schen Infiltration, um Nähte anzulegen und Inzisionen zu machen.

Auf die Frage, was nun bei unserer Behandlung das Wirksame sei, kann ich leider nur mit Vermutungen antworten. Bemerken möchte ich zunächst, daß wir in der Wirkung des Bogenlichtes und des Glühlichtes eine prinzipielle Verschiedenheit nicht gefunden haben. Diehl [9]) hat beobachtet, daß „das konzentrierte dunkelblaue Licht des Scheinwerfers epithelbildend wirkt, das rote Scheinwerferlicht dagegen die Fähigkeit hat, die Fibrinhaut (auf alten Unterschenkelgeschwüren) aus ihrer Verwachsung mit dem Geschwürsboden zu lösen." Wir können darüber kein Urteil abgeben. Bei unserer — allerdings nur seltenen — Anwen-

[5]) Strebel, Die Verwendung des Lichtes in der Therapie. München 1902.

[6]) Kattenbracker, Das Lichtheilverfahren. Berlin 1899.

[7]) Keßler, Behandlung mit elektrischem Licht. (Revue de Thér. Nr. 3, 1903.)

[8]) Minin, Ueber die therapeutische Wirkung des blauen elektrischen Lichtes. Wien. med. Presse, XLII, 47, 1901.

[9]) Diehl, Unterschenkelgeschwüre. Zeitschr. f. diätet. u. physik. Therapie H. 7, 1903.

Digitized by Google

dung des roten Glühlichtes haben wir einen Unterschied in der Wirkung gegenüber dem blauen Glühlicht nicht gesehen. Wir neigen daher der Annahme zu, daß bei den von uns angewandten Verfahren hauptsächlich die Wirkung der trockenen Wärme in Frage kommt, und daß eine chemische oder spezifische Wirkung der Lichtstrahlen jedenfalls keine große Rolle dabei spielt. Wir befinden uns hierin in Uebereinstimmung mit Strebel [10]), welcher ebenfalls glaubt, „daß bei den zu lokaler Belichtung verwendeten Glühlichtvorrichtungen, abgesehen vom rein suggestiven Moment, hauptsächlich die strahlende Wärme in Betracht kommt." Da man gegenwärtig in der Lichttherapie sich gewöhnt hat, das ganze Interesse ausschließlich auf die spezifischen Wirkungen der Lichtstrahlen zu lenken, so scheint darüber die Wärmewirkung einigermaßen vernachlässigt zu werden, und doch dürfte diese nicht ganz außer Acht zu lassen sein; auch Rieder [11]) hat sich jüngst dahin ausgesprochen, daß „die Wärmestrahlen doch auch eine Rolle bei der Heilung der Hautkrankheiten spielen."

Ich fasse demnach unsere Ansichten über vorliegendes Thema in folgendem zusammen:

1. Durch die von uns gebrauchte lokale Lichttherapie werden entschieden günstig beeinflußt Neuralgien und Ekzeme.

2. Auch auf Unterschenkelgeschwüre scheint die Methode heilungsbefördernd zu wirken.

3. Die trockene Hitze scheint dabei der hauptsächlich wirksame therapeutische Faktor zu sein.

[10]) Strebel, l. c.

[11]) Rieder, Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie. Vortrag bei der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Kassel. Wien. med. Presse Nr. 43 und 44, 1903.

Zur Kenntnis der Rhodantherapie.

Von Dozent Dr. **Wolfgang Pauli** in Wien.

Die mächtige Förderung, welche die biologischen Wissenschaften seitens der Physiko-Chemie erfahren haben, dürfte in nicht allzuferner Zeit auch in der Schaffung einer allgemeinen Pharmakodynamik zutage treten. Diese soll die gemeinschaftlichen Züge in der arzneilichen Wirkung ganzer Gruppen von Substanzen gesetzmäßig zum Ausdrucke bringen, soweit dieselben durch übereinstimmende konstitutive Merkmale oder durch ihren physikalisch-chemischen Charakter vor allem den molekularen Zustand in der Lösung und durch die physiko-chemischen Eigenschaften der lebendigen Substanz bedingt sind. In dieser Hinsicht liegen bereits vielversprechende Ansätze vor.

So hat E. Jukuff (1895) in einer noch wenig gewürdigten Untersuchung gezeigt, daß die Geschwindigkeit der Reaktion auf Gifte proportional der aktiven Menge derselben wächst, wenn man als solche die Differenz des eingeführten Giftes und der für jedes Gift bestimmten unwirksamen Anfangsdosis bezeichnet. Dieses Dosierungsgesetz ist, wie man leicht erkennen kann, indentisch mit dem Guldberg-Waage'schen Massenwirkungsgesetze, das die chemische Kinetik beherrscht.

Eine interessante allgemeine Beziehung wurde für eine ganze Klasse von Stoffen, die in Fettsubstanzen löslich sind und deren Moleküle fast ungespalten — nicht in Jonen zerfallen — in der Lösung existieren, von Overton und H. Meyer entdeckt. Der Wirkungsgrad dieser Körper, die sämtlich Narkotika sind, ist nämlich proportional dem Verhältnisse ihrer Löslichkeiten in Oel und Wasser. Je mehr von einer solchen Substanz, die man zwischen Oel und Wasser sich verteilen läßt, in das erstere übergeht, desto bedeutender erweist sich auch im Tierversuche ihre narkotische Wirkung. Der Angriffspunkt dieser Stoffe in den Zellen sind deren „lipoide" Bestandteile, wie

Digitized by Google

Cholesterin, Lezithin, Protagon etc., welche die Narkotika, nach Maßgabe ihrer Löslichkeitsaffinität für Fette, der wässerigen Gewebs- und Blutflüssigkeit entziehen.

In anderer Weise kommt die Wirkung jonisierter Verbindungen zustande, deren Haupttypus die Salze darstellen. Dieselben sind kaum in dem lipoiden Zellanteil löslich und in der Gewebsflüssigkeit fast völlig in ihre Jonen zerfallen, welche also unabhängig von einander ihre pharmakologischen Wirkungen entfalten. Da die Eiweißstoffe nach neueren Untersuchungen mit beiden Jonen eines Salzes — den Metalljonen und Anionen — in Beziehung treten können, so ist in den eiweißartigen Plasmabestandteilen der Angriffspunkt der Jonenwirkung zu suchen. Soweit nicht individuelle Joneneffekte in Frage kommen, war somit zu erwarten, daß sich in den Salz-Eiweißbeziehungen auch allgemeine Züge der pharmakologischen Salzwirkung verraten. Diese Erwartung wurde nicht getäuscht.

Die Untersuchungen über den Einfluß von Neutralsalzen der Alkalimetalle auf die Zustandsänderungen der Eiweißkörper hatten ergeben, daß sich die Jonen nach der Art ihrer Wirkung strenge gruppieren lassen. Die Metalljonen der Salze wirken entgegengesetzt den Säurejonen, die ersteren fällend die letztere Eiweißniederschläge lösend. Gruppiert man die Metalljonen, nach dem Grade ihrer Wirkung, so erhält man eine Steigerung in der Reihe NH_4, K, Na, Li. Ordnet man die Anionen, so wächst der Eiweiß lösende Effekt in der Folge: Sulfat, Tartrat, Acetat, Chlorid, Nitrat, Bromid, Jodid, Rhodanid. Es ist nun höchst auffallend, daß die drei vorletzten Glieder dieser Reihe pharmakologisch sehr wirksame Jonen darstellen. Sie erniedrigen alle den Blutdruck, Brom ist ein Sedativum, Jod hat resorbierende Eigenschaften besonders bei der Spätlues. Brom und Jod erzeugen Akne, letzteres auch häufig Schnupfen u. dgl. mehr. Es lag daher nahe auch beim Rhodansalze markante pharmakologische Wirkungen und eine gewisse Verwandtschaft vor allem mit Brom und Jod vorauszusetzen. In der Tat zeigte es[1]) deutliche sedative und blutdruckerniedrigende Eigenschaften beim Kranken und rief ähnlich dem Jod bei empfindlichen Individuen Akne und Schnupfen hervor. Hier soll nur in aller Kürze auf jene therapeutische Verwendung des Rhodan verwiesen werden, die so recht durch die Uebereinstimmung in einer geradezu für spezifisch gehaltenen Eigenschaft dessen Verwandschaft mit dem Jod dokumentiert, auf die eklatante Beeinflussung der luetischen Cephalalgie[2]).

Wir verfügen gegenwärtig über acht einwandsfreie Fälle, von denen fünf bereits in früheren Mitteilungen erwähnt sind. Zwei kürzlich Hinzugekommene sind Frauen, von denen die eine ein spätluetisches Exanthem und spezifische Iritis überstanden hatte und uns zur Behandlung ihrer nächtlichen Hinterhauptschmerzen, von einer Augenabteilung überwiesen wurde, während der andere Fall eine Prostituierte mit typischen luetischen Schädelschmerzen betraf. Am zweiten bis dritten Tage trat hier wie bei den früheren Fällen der typische anhaltende Nachlaß der Schmerzen bis zur völligen Beseitigung derselben ein. Der einzige Fall bei dem unter unseren Augen auch ein Rückgang objektiver luetischer Veränderungen eintrat, war kurz der folgende[3]):

Es handelte sich um einen 34jährigen Mann, der außer einer Lungenentzündung im Jahre 1899 und einer Gonorrhoe vor 13 Jahren keine besondere Erkrankung durchgemacht haben soll. Der Kranke trat anfangs September in die poliklinische Behandlung und es wurden während meiner Abwesenheit katarrhalische Erscheinungen in der rechten Lungenspitze und eine schmerzhafte Schwellung des rechten Sternoclaviculargelenkes konstatiert, welche mit Rücksicht auf den Lungenbefund als tuberkulöse

[1]) Vgl. Münch. med. Wochenschr., Nr. 4, 1903.

[2]) Dieselbe wurde inzwischen auch an dem reichen Materiale der Syphilisabteilung von Professor Lang festgestellt. Vgl. die Mitteilung seines Assistenten Dr. Jungmann in der Ges. f. innere Medizin, Sitzg. v. 19. Nov. 1903.

[3]) Demonstriert in der Ges. f. innere Medizin, 19. Nov. 1903.

Digitized by Google

Karies gedeutet wurde. Wegen der gleichzeitigen Kopfschmerzen, die nach der Angabe des Kranken vom Hinterhaupte über das Schädeldach ausstrahlten und schon seit Anfang August bestanden, erhielt der Pat. neben Kreosotal ein Antineuralgicum. Ich sah den Mann am 15. September und konnte den gleichen Befund hinsichtlich der Lunge und der starken Schwellung des Stenoclaviculargelenkes erheben, nur die Kopfschmerzen wurden als so intensiv geschildert, daß man an einen besonderen Prozeß denken mußte. Bei näherer Untersuchung erwies sich der Schädel beim Beklopfen hochgradig empfindlich. Diese Schmerzhaftigkeit war maximal über dem linken Stirnbein, woselbst eine Auftreibung entsprechend der Größe einer halben Walnuß zu fühlen war. Herr Assistent Dr. Melzer von der Augenabteilung des Prof. Klein hatte die Freundlichkeit, den Augenhintergrund bei unserem Kranken genau zu untersuchen. Es fanden sich am ersten Tage beiderseits Hyperämie der Papille und Schlängelung und Erweiterung der Venen, worauf der Verdacht auf beginnende Stauungspapille ausgesprochen wurde, welche auch tatsächlich schon nach wenigen Tagen ausgebildet war, links etwas mehr als rechts. Wir gaben nun dem Kranken unsere typische Rhodandosis, 4 Eßlöffel einer einprozentigen Lösung Rhodannatrium täglich, und konnten bereits nach einigen Tagen einen starken Nachlaß der Kopfschmerzen konstatieren, der stetig bis zum völligen Verschwinden derselben anhielt. Bis zum 12. Oktober gingen unter unseren Augen unter rapidem Aufblühen des Kranken die Auftreibung des Schädeldaches gänzlich, die Schwellung des Sternoclaviculargelenkes bis auf einen geringen Rest zurück und zugleich konnte bei den regelmäßigen Untersuchungen auf der Augenabtheilung Abschwellung erst der rechten, dann der linken Stauungspapille festgestellt werden, so daß gegenwärtig nur noch eine leichte Dekoloration des Sehnerven den abgelaufenen Prozeß andeutet. Seit dem 12. Oktober geht der Kranke bei vollem Wohlsein seinem Berufe nach, ohne daß irgendwelche Erscheinungen am Kopfe sich eingestellt hätten. Auch der Katarrh hat sich gebessert. Tuberkelbazillen konnten bei wiederholter Untersuchung nicht nachgewiesen werden.

Wir haben in unseren Fällen niemals Grund gehabt die Tagesdosis von ein Gramm zu überschreiten und stets von einer einprozentigen Lösung Rhodannatriums (Merk) eßlöffelweise mit Milch nach den Mahlzeiten verabreicht. Klagen über schlechten Geschmack des Mittels oder Magenbeschwerden wurden nicht vorgebracht. Das Medikament kann auch in zwei kleinen Klysmen täglich beigebracht werden. Das Kaliumsalz ist nicht wirksamer als das Natriumsalz. Der Preis des Mittels stellt sich bedeutend niedriger als der des Jodsalzes.

Durch die Reaktion im Harne kann die Einnahme des Salzes überwacht werden. Dieselbe wird am besten durch tropfenweisen Zusatz einer dünnen mit einigen Tropfen Salpetersäure entfärbten und angesäuerten Eisenchloridlösung vorgenommen. Es empfiehlt sich den Harn vor der Reaktion drei bis fünffach zu verdünnen und die Rotfärbung in der ganzen Flüssigkeitsschichte, indem man durch den Boden der Eprouvette gegen das Licht blickt, auszunützen. Die Verdünnung ist angezeigt, weil der normale Harn die Rhodaneisenreaktion hemmende Bestandteile enthält, welche durch Diluierung unwirksam werden. In dieser empfindlichen Anordnung gibt jeder normale Harn eine merkliche rötliche Färbung mit Eisenchlorid, doch ist dieselbe nach Rhodaneinnahme bedeutend verstärkt. Aehnliches gilt für die normaler Weise stärkere Rhodanreaktion im Speichel. Die vermehrte Ausscheidung von Rhodan hält auch nach Aussetzen des Mittels noch lange an.

Herr Assistent Dr. Armin Suess wird noch eingehend über klinische Erfahrungen bei Rhodanverabreichung berichten.

Digitized by Google

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Ueber Unguentum argenti colloidalis Credé, seine Anwendungsweise und Wirkung. Von Dr. Rommel.

R. berichtet über außerordentlich günstige Resultate, die er bei der Anwendung der Credé-Salbe erzielt hatte. Bei akuten septischen Phlegmonen, chronischer Osteomyelitis, Erysipel, Puerperalfieber, Mastitis, multipler chronischer Furunkulose ist das Ungt. Credé meist von wunderbarer Wirkung. Die Heilung des Gelenksrheumatismus soll bei der Behandlung mit Ungt. Credé mindestens ebenso schnell vor sich gehen, wie bei der Salyzyltherapie. Rechtzeitig bei Blinddarmentzündung angewendet, soll die Salbe eine rasche Entfieberung und eine ganz ungewöhnlich schnelle Abnahme der Geschwulst bewirkt haben, ebenso soll die Resorption pleuritischer Ergüsse nach Anwendung von Ungt. Credé sehr rasch erfolgen. Bei Influenzaerkrankungen bewirkt die Salbe eine rasche Entfieberung, während die regelmäßige Anwendung von Ungt. Credé bei Masern Mittelohreiterungen unmöglich macht. R. ließ die Salbe bei Erwachsenen und größeren Kindern in Dosen von 3·0, bei kleineren Kindern in Dosen von 2·0 und bei Kindern unter einem Jahre in Dosen von 1·0 einmal täglich in die Haut einreiben, nachdem die letztere gut abgeseift und mit Alkohol gereinigt war. — (Therap. Monatsh., H. 10, 1903.) Laub.

Die subkutanen Koffeininjektionen. Von H. Huchard und Ch. Fressinger.

Seit der Einführung des Theobromins in die Therapie hat das Koffein, das durch M. Huchard empfohlen worden war, seinen Ruf als Diuretikum eingebüßt. Die großen Indikationen für Koffein sind: die Synkope, kardiale Kompensationsstörungen, die Asystolie. sobald Digitalis sich unwirksam zeigt. Handelt es sich um eine Synkope, um eine mehr oder weniger schwere Herzschwäche, um eine schwache Pulsspannung bei Inanition, Schwäche in der Rekonvaleszenz oder bei abdominalen Affektionen, dann kann eine subkutane Injektion von Koffein 0·25—0·5 pro die Besserung bringen. In Zuständen, wo das Herz alteriert ist, haben verschiedene Autoren nach Applikation größerer Dosen von Koffein beobachtet, daß die unmittelbare Wirkung wohl günstig sei: Verlangsamung der Herzschläge, Steigerung des arteriellen Druckes, daß dies aber eine entgegengesetzte Wirkung zur Folge zu haben pflege: unregelmäßige, schwache Herzschläge mit Verminderung des arteriellen Druckes.

Bei den Infektionskrankheiten waren eine Zeit lang die Koffeininjektionen allgemein verbreitet: wenn das Herz nachließ, der fötale Herzrhythmus sich einstellte, gab man Koffein. Der Erfolg war mitunter günstig, so in dem Gaz. med. 1890, pag. 257 mitgeteilten Falle, wo aber niemals die Dosis von 0·5 pro die überschritten wurde. Manchmal wird auch diese Dose nicht vertragen, so in den Fällen, die Manquat (Traité de Thérap. I., pag. 416) mitteilt, wo bei zwei Typhusrekonvaleszenten die tägliche Applikation von 0·5 Koffein das eine Mal nach drei Tagen, das andere Mal nach vier Tagen ausgesprochene Arythmie zur Folge hatte. die erst nach dem Aussetzen von Koffein sistierte. Bei der Pneumonie wurde es in großen Dosen von 1·0 1·5 g pro die gegeben, das eine Mal mit, das andere Mal ohne Erfolg, vielleicht weil Koffein wohl nervöse Herzstörungen günstig beeinflußt, während es bei Affektionen des Myokards im Stiche läßt. Deshalb wurde Koffein durch das Kampheröl verdrängt, während Koffein nur mehr in Dosen von 0·25 – 0·5 als Stimulans des nervösen Herzapparats gilt, weshalb es bei Kindern, Frauen und nervösen Menschen die Unruhe steigern kann und Schlaflosigkeit provoziert.

Bei den Kardiopathien, wenn eine

Digitized by Google

Dilatation besteht und der Herzmuskel relativ gesund ist, kann Koffein Digitalis ersetzen; ist dagegen z. B. bei Arteriosklerose der Muskel affiziert, dann sei man vorsichtig. Bei Herzfehlern im Beginne, sowie bei Perikarditiden, wo oft die Dilatation prädominiert, ist — bis auf die terminalen Stadien — Koffein indiziert. Kontraindiziert ist Koffein in Fällen von Kardiosklerose mit Galopprythmus; hier hat die Applikation von 0·5 Koffein pro die wohl für 48 Stunden eine passagere Besserung zur Folge, die konsekutive Arythmie und Dyspnoe sind aber dann überhaupt nicht mehr zu bekämpfen. In solchen Fällen empfiehlt sich neben Milch vegetarische Diät und, wenn das Herz allzusehr nachläßt, Digitalin crystallis 0·0001 10 Tage hintereinander; Koffein höchstens in zwei Injektionen à 0·25 pro die. Günstige Wirkung konnten die Autoren in einem Falle von Obesitas beobachten mit Dilatatio cordis, Lebervergrößerung, Oedemen der unteren Extremitäten; hier versagte Digitalis, während nach vier Injektionen von 0·25 Koffein die Diurese sich steigerte, die Oedeme verschwanden. Der Zustand kam, da der Patient abmagerte, zur Heilung. Ebenso kann bei Kardiopathien in der Menopause mit starker Dilatation Koffein Wirkungen erzielen, die Digitalis nicht hat; Voraussetzung ist relative Intaktheit des Herzmuskels. In solchen Fällen, in denen eine schwere Herzstörung nicht zu bestehen scheint, kann man 0·75—1·0 und mehr Koffein geben. In anderen Fällen gehe man nicht über 0·75 pro die und wende es nie länger als drei Tage an.

In manchen Fällen, z. B. bei Greisen, wo die kardialen Störungen durch schwere Prostration aggraviert werden, kann es sich empfehlen, statt der gewöhnlichen Anwendungsart: zuerst Digitalis, dann Koffein, den umgekehrten Weg einzuschlagen: Koffein 2—3mal in Dosen von 0·25 gegeben, wirkt als allgemeines Stimulans und führt erst Digitalin 0·0001 durch 10 Tage oder 0·00025 durch 4 bis 6 Tage zu dem beabsichtigten Effekt.

Man verschreibt für Injektionszwecke: Koffein 2·5, Natr. benzoic. 3·0, Aqu. dest. 10·0. (Journal des Praticiens, 31. Okt. 1903.) Laufer.

Ueber die Behandlung der akuten Opium- und Morphiumvergiftungen mit Kaliumpermanganat. Von Dr. Wm. Ovid Moor.

Schon im Jahre 1893 hatte M. die Beobachtung gemacht, daß das Morphium durch Kaliumpermanganat so rasch zu Pseudomorphin oxydiert wird, daß diese Oxydation selbst bei Gegenwart anderer organischer Körper stattfindet, da eine bestimmte Menge des $KMnO_4$ seinen Sauerstoff an das Morphium so rasch abgibt, daß es keine Gelegenheit hat, auch auf andere organische Substanzen zu wirken. In der Folge zeigte er durch Versuche an sich selbst, daß man ohne Gefahr, toxische Mengen von Morphium nehmen kann, wenn man kurz darauf eine gleiche oder etwas größere Quantität von Permanganat in wässeriger Lösung nimmt. Auch überzeugte er sich durch Versuche an Kaninchen, daß auch subkutane und intravenöse Einspritzungen des Permanganats auf das Morphin eine gifthemmende Wirkung ausüben. Aus zahlreichen Laboratoriums- und Tierversuchen glaubt Vf. den Schluß ziehen zu dürfen, daß das Permanganat sich mit eiweißhaltigen Flüssigkeiten und somit auch mit Blut oder Blutserum zu einer homogenen Lösung von Mangan-Albuminoxydat (Manganoxyprot) verbindet, welches durch das Blut nicht verändert wird und welches die Fähigkeit besitzt, an Morphium Sauerstoff abzugeben und dasselbe unschädlich zu machen.

Um das Permanganat subkutan mit einiger Sicherheit erfolgreich anzuwenden, ist es ratsam, keine stärkeren Lösungen als $^1/_2$% zu gebrauchen und 10—15 cm^3 an zwei oder drei verschiedenen Stellen des Körpers verteilt in das subkutane Gewebe zu spritzen (wenn nötig, zu wiederholtem Male).

Auch kann man viele Stunden nach Einnahme des Giftes eine genügende Quantität Kaliumpermanganat, 0·50 bis 0·60 g in einem Glas Wasser gelöst, in den Magen des Patienten einführen, da infolge der durch das Morphin verminderten Absorptionskraft der Magenschleimhaut oft größere Mengen des eingeführten Giftes

Digitized by Google

im Magen gefunden werden. Konsequenterweise ist bei Anwendung des Permanganats eine jegliche Magenausspülung überflüssig. Auf andere Alkaloide scheint das Permanganat keine neutralisierende Wirkung auszuüben. — (Therap. Monatsh., H. 11, 1903.) Laub.

Lumbalpunktion gegen die Cephalaea der Brightiker.

Seegelken (Münch. med. Wochschr., 1896), Brasch (Zeitschr. klin. Med., 1898) und Nölke (Deutsche med. Wochenschr., 1897) haben bei Encephalopathia saturnina die Kopfschmerzen durch Lumbalpunktion behoben.

Pierre Marie und Georges Guillain (soc. méd. des hôp. Mai 1901) haben als erste einen Fall von Cephalaea bei einem Brighthiker durch die Lumpalpunktion behandelt und gebessert. Es handelte sich um einen 20jährigen jungen Mann, der bei den Symptomen einer Nephr. chronic. ohne Oedeme mit linksseitiger Herzhypertrophie unter starken Kopfschmerzen litt. Die aus theoretischen Gründen vorgenommene Lumbalpunktion ergab starke Steigerung des intraduralen Druckes. Nach Ablassen von 6 cm^3 stellte sich alsbald eine rasche Besserung ein, im Verlaufe von 2 Stunden waren die Kopfschmerzen geschwunden. In der Diskussion konnte Le Gendre über einen ähnlichen Erfolg bei Urämie berichten. Quincke, Fürbringer, Lichtheim v. Leyden, u. a. konnten eine cerebrale Urämie durch die Lumbalpunktion nicht günstig beeinflußen Legrain und Guiard konnten durch Ausführung von Lumbalpunktionen in Intervallen von 14 Tagen bis zu einem Monat immer bei einem 56jährigen Nephritiker Besserung der Cephalaea und Schlaf erzielen; ebenso schienen die Konvulsionen im Anschlusse an die Punktionen seltener zu werden. Eine Steigerung des intraduralen Druckes war nicht zu konstatieren.

Eine üble Folge war bei Wahrung der Asepsis nicht zu konstatieren; die Patienten müssen nach der Punktion 2—3 Stunden horizontal liegen. — (Le Progrès Médical, 31. Okt. 1903). Laufer.

Ueber Störungen des Schlafes und deren Behandlung. Von Dr. Behm.

Ein großer Teil sogenannter Schlafloser habe in Wirklichkeit gar keinen kurzen Schlaf, manche derselben schlafen tiefer und länger als Gesunde, aber der Schlaf sei unerquicklich, oft durch beängstigende Träume quälend. — Das Aussehen dieser eingebildeten Schlaflosen sei häufig gut, während die Ernährung leidet, wenn Nächte schlaflos verbracht werden, auch bemerkten diese Schlaflosen in der Nacht oft nicht starke Geräusche, selbst nicht Gewitter und Feuerlärm, obgleich sie kein Auge zugetan haben wollen. Die meisten dieser Schlaflosen seien verstimmte, mißmutige, unzufriedene und ungeduldige Kranke, die stürmisch nach Schlafmitteln drängen, bald aber merken, daß sie sich danach nur noch schlechter fühlen, weil eben die Schlaflosigkeit nur eine scheinbare ist. Der Arzt erhält Vorwürfe, daß er sie falsch behandle und viele wandern voll Groll auf den zünftigen Mediziner zum Kurpfuscher. — Diese Schlaflosen müssen kausal als Nervenkranke behandelt werden, und das Symptom der Schlaflosigkeit darf nicht in den Vordergrund der Behandlung treten. Schlafmittel müssen beschränkt werden. Auch schroffe Kaltwasserkuren und zu starke Bewegung im Freien schaden diesen Kranken. Jede Uebermüdung muß vermieden werden. Feuchte, langdauernde Packungen, Baldriantee, Brom, viel Ruhe im Freien sind die Hauptmittel, auch die Regelung des Verdauungsapparates darf nicht vernachlässigt werden. Ebenso sind Aufregungen fern zu halten und die geistige Tätigkeit ist auf das zulässig niedrigste Maß einzuschränken. Viele Kranke dieser Art glauben durch Beseitigung störender Geräusche Hilfe zu finden und kommen dabei oft auf wunderliche Ideen. Selbst schwachen Geräuschen wird große Bedeutung beigelegt, die aber eben nur gehört werden, weil der Betreffende noch wach ist. In dieser Beziehung spielt die Psyche eine große Rolle. Eine Abdämpfung der Geräusche ist sehr wünschenswert, und wird dieselbe durch Einführung kleiner Gummihütchen in den Gehörgang, denen man noch Watte vorlegt, leicht herbeigeführt.

Digitized by Google

(75. Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte in Kassel.) Laub.

Neuere therapeutische Versuche beim Erysipel. Von Dr. Robert Pollatschek.

An mehr als 300 Fällen hat Vf. auf der medizinischen Abteilung des k. k. Kaiser Franz Josef-Spitals verschiedene Behandlungsweisen beim Erysipel versucht, die in Folgendem in Kürze wiedergegeben werden mögen.

Als Normalverfahren gilt die Behandlung mit Umschlägen von eiskaltem Liquor Burowi im akuten Stadium und mit Borvaseline in der Rekonvaleszenz. Es ergab sich hiebei — aus 80 Fällen berechnet — als durchschnittliche Dauer des Fiebers vor Eintritt in das Spital (Anamnese) 2·3 Tage Dauer des Fiebers während der Spitalsbehandlung fünf Tage, Dauer der Rekonvaleszenz 7·1 Tage.

Als Rekonvaleszenz wird die Zeit von der Entfieberung bis zum Austritt aus dem Spital, d. i. bis zum Schwinden jeglicher Schuppung, bezeichnet.

Mit rotem Lichte wurden 33 Patienten behandelt; die Resultate waren aber nicht derartige, daß Vf. die Behandlungsmethode oder gar die Einrichtung besonderer roter Zimmer in Spitälern für Zwecke der Erysipelbehandlung empfehlen könnte.

Es betrug zwar die Durchschnittsdauer des Fiebers vor Eintritt ins Spital 1·8 Tage, des Fiebers im roten Zimmer 4·5 Tage, der Rekonvaleszenz 6·6 Tage, aber die Behandlung im roten Zimmer war für die Patienten recht lästig, da die Fenster während des Tages nicht geöffnet werden konnten und daher die Luft im Krankenzimmer eine recht schlechte war. Die Patienten betrachteten die Entfernung aus dem roten Zimmer, die gewöhnlich $^1/_2$ bis 1 Tag nach der Entfieberung erfolgte, als eine Erlösung.

Das Mesotan, mit welchem die erkrankte Haut mehrmals täglich gepinselt wurde, erwies sich als vollständig wirkungslos.

Einige schwerere Fälle wurden mit intravenösen Injektionen von Argentum colloidale behandelt. Vf. hatte den Eindruck, daß in einem oder dem anderen Falle die Krankheit nach der Injektion einen milderen Charakter annahm. Als ein gutes symptomatisches Mittel bewährte sich das Anästhesin. Bei allzu starrer Infiltration der Haut klagen die Patienten über Spannungsgefühl und Schmerzen in der befallenen Hautpartie, besonders wenn das Ohr vom Erysipel ergriffen wird. Nach Auflegen einer 10%igen Anästhesinsalbe trat prompt ein Nachlaß der Schmerzen ein.

Für den Verfasser bleibt daher die Behandlung mit Eisburow das Normalverfahren beim Erysipel; bei schmerzhafter Infiltration der Haut empfiehlt er die 10%ige Anästhesinsalbe, in schweren Fällen mag Zuflucht zu den intravenösen Kollargollösungen genommen werden. — (Ther. d. Gegenw., H. 11, 1903.)

Laub.

Physikalische Therapie.

Ueber den Einfluß von Sonnen- und Luftbädern auf den gesunden und kranken Körper. Von E. Singer.

Nach längeren Betrachtungen über den Einfluß des Sonnenlichtes auf die gesunde und die erkrankte Haut und deren Funktionen werden neuere physiologische Theorien und Tatsachen angeführt und an der Hand von Beobachtungen verschiedener Autoren und auch eigener eine Reihe von Krankheitsformen aufgezählt, bei denen gute Erfolge erzielt worden sind. Singer tritt auch warm für Luftbäder (bei bedecktem Himmel) ein, die vor allem dazu dienen, unsere durch ungeeignete Kleidung verweichlichte Haut zu kräftigen und abzuhärten, sie zur gesteigerten Leistungsfähigkeit anzuregen und auszubilden, um die inneren Sekretionsorgane zu entlasten und den Organismus gegen äußere Einflüsse widerstandsfähiger zu machen. Ein vor dem Schlafengehen genommenes Luftbad ist das beste und unschädlichste Schlafmittel. Besonders gute Erfolge hat Singer bei Erkrankungen des Nervensystems, besonders bei Neurasthenie gesehen. Nicht geeignet für die Behandlung sind Kranke

Digitized by Google

mit schwachem Herzen, schlechter Atemtätigkeit und Neigung zu Gehirnkongestionen. — (Blätter f. klin. Hydrotherapie, H. 8, 1903.) Dr. Buxbaum.

Die Anwendung der sogenannten vegetarischen Diät in der Praxis des Frauenarztes. Von A. Theilhaber.

Theilhaber verwandte die vegetarische Diät, d. h. eine Diät unter Ausschluß von Fleisch und Alkohol, unter Anwendung jedoch von Milch und Eiern in beschränktem Maße mit gutem Erfolg etwa bei 200 Patientinnen. Einen großen Teil derselben bildeten die zahlreichen Fälle von Neuralgien der Bauchhaut, des Kreuzes, der Oberschenkel, die meist zu Unrecht kleinen gynäkologischen Veränderungen, Erosionen, Lageveränderungen zur Last gelegt und dementsprechend erfolglos behandelt werden. Gut bewährte sich die Verordnung der vegetarischen Kost bei nervöser Schlaflosigkeit; auch hartnäckige nervöse Kopfschmerzen verschwanden nach Ausschluß der Fleischkost. Ein recht dankbares Objekt für diese Therapie bilden häufig die klimakterischen Beschwerden, namentlich bei durch Operation entstandener Climax praecox. Den schon mehrfach beobachteten günstigen Einfluß auf chronische Obstipation und Flatulenz konnte Theilhaber bestätigen; selbstverständlich müssen bei derartigen Patienten blähende Speisen, Erbsen, Linsen, Kohl u. s. w. ausgeschlossen werden. Es bleiben auch dann noch genügend Gerichte, um für die nötige Abwechslung sorgen zu können. — (Fortschr. d. Med., Sept. 1903.) Dr. Buxbaum.

Ueber die Behandlung der Bronchopneumonien der Kinder mit heißen Bädern. Von Poliektow.

P. macht an 37 Patienten Beobachtungen, und zwar an Kindern, welche während Masern, Influenza, Pertussis, Croup, Bronchopneumonie aquirierten. Er sah von heißen Bädern sehr günstige Erfolge. Ihr Einfluß zeigt sich in einer Beschleunigung der Lösung des pathologischen Prozesses in den Lungen, in Hebung der Herztätigkeit, Vermehrung der Diurese, in Temperaturabfall und in Besserung des Allgemeinzustandes. Die Anfangstemperatur des Bades beträgt 29 ° R., während des Bades, welches 15 Minuten dauern soll, wird die Temperatur des Wassers auf 31—32 ° R. erhöht. Nach der Prozedur wird das Kind in Laken und Wolldecken eingehüllt, in welchen es eine Stunde verbleibt. Solche Bäder werden täglich ein- bis zweimal verabfolgt. 3—4 Bäder genügten in der Regel, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Nur wenn die ersten Bäder schlecht vertragen wurden, nahm P. Abstand von denselben. Nur zweimal sah er Herzschwäche auftreten und ließ die Bäderbehandlung unterbrechen. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 35.) Dr. Buxbaum.

Ueber die Bier'sche Stauung. Von Habs.

Vf. empfiehlt in allen Fällen von lokaler Tuberkulose der Knochen und Gelenke bei Stauungshyperämie als einleitendes Verfahren die Behandlung zu versuchen; bei geschlossener Tuberkulose (ohne Fistelbildung) gelingt es oft, ohne jede Operation durch ausschließliche Anwendung der Stauungshyperämie Heilung zu erzielen. Bei offener Tuberkulose und bei schweren Knochenzerstörungen, insbesondere bei Sequesterbildung soll man aber mit ihr nicht lange Zeit vergeuden; man kommt in diesen Fällen durch ausgiebige Operation weit schneller zum Ziele. Gute Erfolge wurden mit der Bier'schen Stauung bei der gonorrhoischen Gelenksentzündung erzielt. Die große Schmerzhaftigkeit bei dieser Affektion verschwand schnell, der Erguß gelangte zur spontanen Resorption. Aehnliche Besserungen beobachtete Vf. bei chronisch-rheumatischen Gelenksentzündungen, doch zog sich diese Behandlung in die Länge, daher bevorzugt Vf. dabei mehr die Heißluftbehandlung. Bei Arthritis deformans waren die Resultate wenig günstig. Sehr gute Erfolge wurden bei Gelenkssteifigkeiten nach Verletzungen erzielt, wobei die Stauungshyperämie, kombiniert mit Massage und Medikomechanik zur Verwendung kam. Ferner wurden eine Anzahl Erfrierungen ersten und zweiten Grades mit Erfolg der Stauungshyperämie unterzogen. Außer der passiven Stauungshyperämie wurde von Bier u. a. auch die aktive Hyperämie durch heiße Luft, heiße

Digitized by Google

Umschläge u. s. w. (Heißluftkästen, Glühlichtbäder) als therapeutisches Agens in Anwendung gezogen. Die Wirkung der aktiven Hyperämie ist nach Bier eine schmerzstillende und resorptionsbeschleunigende. Bei den gonorrhöischen Gelenksentzündungen wirkt die Stauungshyperämie schneller als die aktive Heißlufthyperämie. Vf. geht in folgender Weise vor: Bei Tuberkulose läßt er in den ersten acht Tagen zweimal täglich die Stauungsbinde vier bis fünf Stunden liegen, dann immer weniger, schließlich täglich nur noch eine Stunde, dies bis zur Heilung. Es ist zweckmäßig, die Stauungsbehandlung mit Jodoforminjektionen zu kombinieren, und zwar wenn Gelenksergüsse oder geschlossene Abszesse bestehen. Große Abszesse werden gespalten, Fisteln ausgeschabt. Bei vorgeschrittener Tuberkulose werden große Operationen (Resektionen etc.) gemacht. Bei gonorrhoischem Gelenksrheumatismus wendet Vf. von vornherein Stauungshyperämie an, die Binde bleibt 8—12 Stunden täglich liegen. Sind unter der Stauungsbehandlung das Fieber und die Schmerzhaftigkeit geschwunden, so wird neben der Stauung jeden dritten Tag aktive Hyperämie zwecks Resorption der Gelenkergüsse verwendet, und zwar eine einstündige Behandlung im Heißluftkasten resp. Sandbade oder im elektrischen Lichtbade. Bei chronischen Gelenksversteifungen, die sich nach Traumen oder im Anschluß an Entzündungen herausgebildet haben, empfiehlt Vf. neben der Massage und der Medikomechanik zweimal täglich eine Stunde Stauung und jeden dritten Tag ein Heißluftbad von einstündiger Dauer. Bei chronischen rheumatischen Gelenksentzündungen verwendet er vorwiegend aktive Hyperämie, und zwar läßt er die Glieder ein- bis zweimal täglich eine Stunde im elektrischen Lichtbade oder Heißluftkasten schwitzen; daneben bisweilen noch Stauung. Bei mangelnder Kallusbildung läßt er täglich zwei Stunden stauen, verwendet daneben Massage. Bei Erfrierungen ersten und zweiten Grades, Frostblasen und Frostgeschwüren, werden die Blasen aseptisch verbunden und zweimal täglich wird ein bis zwei Stunden Stauungshperämie angewendet. — (Münch. med. Wochenschr., H. 22, 1903.) Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Zur Anwendung des Adrenalins bei anästhesierenden Gewebeinjektionen. Von Dr. H. Braun.

Vf. ist zu der Erkenntnis gelangt, daß die Nachteile des Adrenalins, und zwar die Nebenwirkungen und die Nachblutungen, durch Verringerung der Konzentration am besten verhindert werden können. Die früher zulässige Menge von 1 mg Adrenalin hat sich als unnötig erwiesen. Bei dieser Dosis sind schon Uebelkeiten, Erbrechen, Atemstörungen und Herzklopfen beobachtet worden.

Vf. gibt daher zum Zwecke der Gewebsinfiltration nur 2—5 Tropfen der käuflichen Adrenalinlösung (1 : 1000) auf 100 g der Schleich'schen Lösung zu und erzielt damit sichere und schnelle Anästhesie. Bei konzentrierten Kokainlösungen, die in geringer Menge zu Injektionen benützt werden, setzt Vf. nicht mehr als 2 Tropfen auf 1 cm^3 Kokainlösung zu.

Diese wenig konzentrierten Adrenalinlösungen haben weiters den Vorteil, daß durch dieselben nur die parenchymatöse Blutung gestillt wird, während die Gefäße mittleren Kalibers weiter bluten und unterbunden werden. Infolge dessen kommt es seltener zu Nachblutungen, als bei konzentrierten Lösungen, welche das Gewebe ganz blutleer machen und daher keine Gelegenheit geben, irgend welche Gefäßligaturen auszuführen.

Da Vf. den Eindruck gewann, daß die Ursache der Nebenerscheinungen in der ungleichen Wirksamkeit der Adrenalinlösung zu suchen ist, gibt er den Rat, sich die Stammlösung des salzsauren Adrenalins vom Apotheker nach folgender Vorschrift herstellen zu lassen. Als Lösungsmittel dient folgende Mischung: Acid. hydrochlor. puri 0·2, Natr. chlorat. 0·8, Aqu. dest. 100·0. 10 cm^3 dieser Mischung werden in einer Eprouvette zum Kochen erhitzt, 1 cg des Adrenalinum purum hineingeschüttet und nochmals aufgekocht.

Digitized by Google

Es entsteht eine wasserklare, ungefärbte Lösung, in welcher der größte Teil der Salzsäure durch das basische Adrenalin neutralisiert ist. Ein geringer Säureüberschuß muß vorhanden sein. Nach Zusatz von 2 Tropfen Acid. carbol. liquef. wird die Lösung in 3—5 cm³ fassende, braune Fläschchen umgefüllt und ist, wenn gut verschlossen, unbegrenzt haltbar. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 38, 1903.)

Dr. Erdheim.

Die Kardiolysis und ihre Indikationen. Von Prof. L. Brauer.

Während Delorme und Beck bei perikardialen Verwachsungen vorgeschlagen haben, dieselben auf chirurgischem Wege zu lösen und so die das Herz schädigende Ueberlastung zu beheben, hat Vf. sich nicht entschließen können, einen so schweren Eingriff den heruntergekommenen Patienten zuzumuten, umsoweniger, als die Verwachsungen sich bald vom neuen bilden dürften.

Er hat daher den Vorschlag gemacht, durch Resektion von einigen Rippen den starren, knöchernen Ring, der das Herz umgibt, zu durchbrechen und dem Herzen dadurch eine weiche, nachgiebige Bedeckung zu verschaffen, die mit weniger Anstrengung vom Herzen bei der Systole und Diastole mitgezogen werden kann. Die Operation wurde auch dreimal ausgeführt und die Erfolge sind verhältnismäßig so gute, daß Vf. die Operation für alle Fälle von mediastinalen und perikardialen Verwachsungen, welche systolische Einziehung größerer Thoraxpartien bedingen, für indiziert hält.

Wenn die Thoraxbewegungen noch kräftig sind, läßt dies auf eine gute Herzkraft schließen und die Aussicht auf Erfolg nach der Operation ist eine große; bei schwächer werdenden Thoraxbewegungen ist noch immer die Operation zu versuchen.

In den vom Vf. beobachteten Fällen verschwand der Aszites, die Oedeme, die vorhandene Zyanose wurde geringer, der Zustand des Patienten wurde ein befriedigender. Einer der Patienten, ein 50jähriger Monteur, konnte nach der Operation seiner gewohnten Beschäftigung nachgehen und sogar ziemlich schwere körperliche Arbeit leisten. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 71, H. 1.)

Dr. Erdheim.

Ein Vorschlag und Versuch zur Heilung der akuten Sepsis. Von J. Wernitz.

In einigen Fällen von akuter Sepsis sah Vf. einen sehr guten momentanen und auch einen Dauererfolg von lange Zeit fortgesetzten Eingießungen von 1%iger Kochsalzlösung in den Mastdarm. Die Einläufe werden mittels eines Irrigators sehr langsam und unter sehr geringem Drucke gemacht, nachdem durch abwechselndes Heben und Senken des Irrigators der Mastdarm früher vollständig entleert wurde. Die Einläufe werden so reguliert, daß während einer Stunde 1 l Wasser resorbiert wird; wenn im Laufe der Eingießung Stuhldrang eintreten sollte, kann man denselben durch Senken des Irrigators zum Verschwinden bringen. Nach einstündlicher Pause wird wieder ein Einlauf von 1 l gemacht und entsprechend der Schwere des Falles 6—8—10mal im Tage wiederholt.

Der momentane Effekt in den beobachteten Fällen war vor allem anderen eine auffallende Beruhigung der Kranken; die Schleimhäute wurden feucht, der Durst hörte auf, das Aussehen besserte sich, die für die septischen Kranken charakteristischen Gesichtszüge belebten sich, die Haut verlor ihre Trockenheit. Nach dem zweiten oder dritten Einlauf stellte sich reichliche Urinsekretion ein, die später sehr profus wurde, bald stellte sich auch eine Schweißsekretion ein, die mit jedem folgenden Einlaufe stärker wurde. Gleichzeitig begann auch die Temperatur allmählich zu fallen, ohne daß die Patienten kollabiert wären. In den beobachteten Fällen trat nach mehrmaliger Wiederholung der Einläufe Heilung ein.

Die Besserung und Heilung der Sepsis erklärt Vf. durch die Ausscheidung der Toxine, die durch die Niere und durch die Haut erfolgt. Während aber bei intravenöser Kochsalzinfusion durch die plötzlich in die Zirkulation gelangte Menge Flüssigkeit das ohnedies durch die Toxine

Digitized by Google

schwer geschädigte Herz stark belastet wird, nimmt der Organismus bei dem Einlaufe nur so viel und so langsam von der Flüssigkeit auf, als es der Herzarbeit entpricht. — (Samml. klin. Vortr. v. Volkmann, Nr. 352.) Dr. Erdheim.

Ueber drei Fälle von Herznaht wegen Herzverletzung. Von Dr. Wolff

In allen drei von Prof. Barth operierten Fällen handelte es sich um Stichverletzungen des Ventrikels, bei welchen sich bereits die Wirkungen der Herztamponade geltend gemacht haben. Auf die Naht ist die Blutung stillgestanden, zwei Patienten sind genesen, der dritte ist an Perikarditis und Pleuritis einige Tage nach der Operation zugrunde gegangen.

Im Anschluß an diese Beobachtung stellte Vf. die bisher bekannt gewordenen 39 Fälle von Herznaht aus der Literatur zusammen und kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Bei dem Verdachte auf Herzverletzung durch Stichwaffen ist die Operation auch ohne vitale Indikation zur Vermeidung späterer Schädigungen (Herzaneurysmen) geboten, hingegen sind Schußverletzungen des Herzens expektativ zu behandeln. Die Sondierung der Wunde darf nicht vorgenommen werden; die einzige ungefährliche Methode zur Sicherstellung der Diagnose ist die schichtenweise Erweiterung der Wunde. Als Naht hat sich dem Vf. die Knopfnaht am besten bewährt.

Nach Ansicht des Vf. soll die Herzbeutelwunde, wenn es nur möglicht ist, primär geschlossen werden. Vf. hat nämlich die Beobachtung gemacht, daß von den Fällen, bei welchen nach der Herznaht der Herzbeutel mit Gaze tamponiert wurde, ein großer Teil an Perikarditis zugrunde ging, während die primär genähten Fälle zum größten Teile (6 von 9 Fällen) zur Heilung kamen. Da eine Stichverletzung des Herzens meistens als rein anzusehen ist, dürfte die Naht des Herzbeutels nach Ausräumung der Gerinsel in den meisten Fällen das entsprechendste Verfahren darstellen. Die Tamponade hat außerdem noch den Nachteil, daß sich unbedingt große Synechien bilden müssen, die später funktionelle Störungen bewirken. — (Deutsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 69, H. 1.) Dr. Erdheim.

Ueber die operative Behandlung gewisser Lungenkrankheiten und ihre Indikationen. Von Prof. Dr. Treupel.

Obwohl es zweifellos ist, daß manche Fälle von Lungenabszessen und -Gangrän u. s. w. ohne Operation ausheilen, bleiben sehr viele Fälle übrig, bei welchen eine Operation dringend geboten erscheint und das Hinausschieben der Operation von großem Nachteile sein kann. Vf. neigt der Ansicht Quinckes zu, daß man lieber einen Fall mehr operieren soll, als einen zu wenig.

Die Heilungsresultate sind bei denjenigen Krankheiten, die am häufigsten die Indikation zur Operation abgeben, folgende: Echinococcus der Lunge zirka 90% Heilungen, Lungenabszeß zirka 80%, Lungengangrän zirka 70%, Bronchiektasien zirka 65% Besserungen, Lungentuberkulose, Aktinomykose und Tumoren geben die am wenigsten günstigen Resultate.

Bei Lungenechinococcus ist die Operation sofort auszuführen, sobald die Diagnose gestellt ist, eine Punktion ist zu verwerfen und es kommt nur Rippenresektion mit Pneumotomie in Frage. Adhäsionen der Pleura sind häufig und daher keine schwierigen Komplikationen zu befürchten.

Bei Zerfallshöhlen, die nicht durch Tuberkulose hervorgerufen wurden (also Gangrän, Abszeß) und bei Bronchiektasien hält Vf. nach dem jetzigen Stande der Frage die Operation ebenfalls für geboten, wenn durch innere Behandlung kein Erfolg erzielt wird oder überhaupt nicht zu erwarten ist, oder wenn Komplikationen (Durchbruch in die Pleura, septische Intoxikation, amyloide Entartung u. s. w.) drohen, die das Leben des Patienten gefährden. Eine Rippenresektion und Eröffnung der Höhle mittels Pacquelin mit nachheriger Tamponade wird die putriden Sekrete am besten ableiten und eine Schrumpfung des Lungengewebes am ehesten begünstigen.

Die moderne Chirurgie beschäftigt sich mit der operativen Behandlung der Lungentuberkulose und Vf. ist der Ansicht,

Digitized by Google

daß bei stationär gebliebenen Kavernen im Unterlappen eine breite Freilegung und Resektion des Gewebes mit ausgiebiger Thorakoplastik eine Heilung anzubahnen recht gut imstande ist. Bei Kavernen im Oberlappen kann die die Heilung so günstig beeinflussende Ruhigstellung der Lunge durch Resektion der drei ersten Rippen ohne Eröffnung der Pleura bewirkt werden. Die Indikationen zur Operation sind von Fall zu Fall aus dem Bazillenreichtum, dem Verlaufe des Fiebers, dem Verhalten des Körpergewichtes und aus dem physikalischen Befunde zu stellen.

Bei beginnender Tuberkulose muß die durch Resektion der Rippen und Ausschälung der Lungenspitze bewirkte Ruhigstellung den Prozeß auch günstig beeinflussen, hier sind aber auch anderseits die Aussichten auf Spontanheilung groß.

Bei Neubildungen der Lunge wird der rechtzeitige Eingriff meist ein frommer Wunsch bleiben, da die frühzeitige Diagnose meist nicht möglicht ist. — (Berl. Klinik, H. 176.) Dr. Erdheim.

Laryngologie und Rhinologie.

Urticaria nach endonasaler Anwendung von Nebennierenextrakt. Von Prof. Albert Rosenberg.

Angioneurotische Störungen in der Haut als nasale Reflexerscheinungen sind schon lange bekannt, aber immerhin selten; auch kennt man die Wechselbeziehungen zwischen Urticaria und Asthma, resp. Erscheinungen seitens der Schleimhaut der Atemwege. Auch hat man schon nach dem Riechen zu aromatischen Essenzen oder Blumen Urticaria auftreten sehen. R. beobachtete einen Fall, in welchem er zur Beseitigung einer Schwellung der unteren Nasenmuschel behufs rhinoskopischer Untersuchung ein halberbsengroßes mit Nebennierenextrakt getränktes Wattebäuschchen in die Nase einlegte und einige Stunden später eine sehr heftige Urticaria von etwa achtzehn Stunden Dauer auftrat. Acht Tage später wiederholte sich ganz dasselbe Ereignis; zur Kontrolle in die Nase eingelegte, mit Wasser oder Kokain getränkte Wattebäuschchen erzeugten keine Störungen. Da die Pat., ein sonst gesundes zwanzigjähriges Mädchen, angab, daß das erste Wattebäuschchen ihre eine unangenehme Geruchsempfindung verursachte, muß K. es unentschieden lassen, ob es sich um eine medicamentöse Urticaria handelte oder ob der Reflex durch den Reiz auf den Olfactorius ausgelöst worden war. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 41, 1903). Weil.

Ueber ein neues Haemostatikum, Tradescantia erecta. Von Dr. Simonin.

Diese aus Südamerika stammende Pflanze ist in Frankreich als Eintagspflanze der Gärtner (Ephemère des jardiniers) bekannt. Bei den Hahnenkämpfen in Mexiko werden die Blutungen der verletzten Hähne durch Auflegen von mit Speichel erweichten Blättern der Pflanze augenblicklich gestillt und im mexikanischen Feldzuge wurde die wunderbare Wirkung der Pflanze wiederholt beobachtet. S. machte mit dem 2%igen Decocte der getrockneten Pflanze Versuche bei einer stürmischen Epistaxis bei Purpura, bei einer Nasopharyngealblutung und in mehreren Fällen von Blutungen, die nach Entfernungen von Ohrpolypen auftraten und empfiehlt das Mittel wärmstens. (Rev. hebdom. de laryng etc. Nr. 37, 1903.) Weil.

Neueres operatives Verfahren zur Behebung von Synechien in der Nasenhöhle. Von Prof. E. v. Navratil.

Die verschiedenen Verfahren, welche die Beitigung von Synechien in der Nasenhöhle bezwecken, sind bisher nur von wenig Erfolg begleitet. Die Galvanokaustik oder die Trennung der Verwachsungen mit dem Messer mit nachfolgender Tamponade, Dilatation mit Hartgummi, Laminaria oder mittels mit Schrauben versehener Dilatatoren, — alles langwierig, schmerzhaft und sehr häufig resultatlos, indem die getrennten Teile wieder verwachsen und der Zustand bald wieder der alte ist. N. hatte ein 15jähriges Mädchen zu behandeln, welches infolge abgelaufener hereditärer Lues

Digitized by Google

eine Sattelnase hatte; die linke Nasenseite war vollständig verwachsen, die rechte bis auf eine stecknadelkopfgroße Oeffnung. N. spaltet die Nase dem Nasenrücken entlang, exzidierte die Narbe, und deckte die Wundfläche mit Thierschschen Lappen, die er dem Oberschenkel des Mädchens entnahm. Ins Innere der Nase legte er keinen Tampon, da die sehr nervöse Patientin denselben wahrscheinlich nicht vertragen hätte und bei Entfernung desselben die Lappen mitgegangen wären. Nach Naht der Wunde wurden außen auf die Nase seitliche Tampons gelegt, die nur einen leichten Druck ausübten. Nach sieben Tagen waren die Lappen angelegt und die Nasengänge von gehöriger Weite. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. XIV., H. 3, 1903.) Weil.

Die Reaktion der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut auf Nebennierenextrakt (Adrenalin). Von Dr. M. Bukofzer.

B. bespricht die verschiedenen in den letzten Jahren hergestellten Nebennierenpräparate; als das reinste betrachtet er das von Takamine hergestellte Adrenalinum hydrochloricum, das bekanntlich in 1‰ Lösung in den Handel gebracht wird. Dasselbe wirkt bei äußerlicher Anwendung streng lokal, dringt nicht leicht in die Tiefe zu größeren Gefäßen vor, bewirkt nur Kapillaranämie, welcher keine Hyperämie folgt, wirkt auf akut hyperämische Stellen höchst intensiv, auf chronisch hyperämische und hypertrophische sehr wenig oder gar nicht (? Ref.), ist ein vorzüglicher Kokainsparer, anaesthesiert aber selbst sehr wenig (nach anderen Autoren aber doch ziemlich stark), erweitert das Nasenlumen exzessiv und kann auch zur momentanen, mehrere Stunden anhaltenden Beseitigung derjenigen Heiserkeit benützt werden, welche auf akuter Hyperämie beruht. Zur Anaesthesierung bei Operationen benützt B. die käufliche Lösung mit 5% Kokainzusatz, aber sehr sparsam, nur wenige Tropfen, doch wirkt eine bis fünffache Verdünnung der Originallösung fast eben so gut. Schädliche Nebenwirkungen wurden bei äußerer Anwendung nie beobachtet, ausgenommen hin und wieder ein sich nach einigen Stunden einstellender Nießreiz oder eine ziemlich starke nasale Hydrorrhoe, manchmal auch etwas Kopfschmerz. Bei subcutaner oder intravenöser Anwendung scheint es aber ein furchtbares Gift zu sein.

Operationen im Innern der Nase verlaufen dabei fast ohne Blutverlust, doch muß man stets auf eine Nachblutung in den ersten 48 Stunden gefaßt sein. Wie B. an Tierexperimenten gezeigt hat, beruht seine Wirkung auf Erzeugung kräftiger Kontraktion der Kapillaren, wobei eine nachträgliche übermäßige Erweiterung derselben nicht eintritt. Gute Erfolge sah B. von Adrenalineinpinselungen bei Stirnhöhlenkatarrh, wo es durch Erleichterung des Sekretabflusses für einen Tag oder länger günstig wirkt. Ein eigentliches Haemostatikum kann es aber nicht sein, da es nur kapillare Anämie bewirkt, eine Blutung aus einem größeren Gefäße aber nicht stillen kann. Ueber die Häufigkeit des Auftretens von Nachblutungen nach laryngo-rhinologischen Operationen sind die Angaben der Autoren widersprechend; bei Entfernung von adenoiden Vegetationen und Tonsillen aber treten zuweilen nach längerer Zeit überraschende und unangehme Nachblutungen ein, weshalb von der Anwendung des Adrenalins bei diesen Operationen gewarnt werden muß (Deutsche med. Wochensch. Nr. 41, 1903). Weil.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Opotherapie in der Gynäkologie. Von Phillips.

Die Bezeichnung Opotherapie ist identisch mit Organotherapie und nach Ansicht des Vf. die erstere auch die zutreffendere. In geschichtlicher Beziehung macht Vf. darauf aufmerksam, daß Landouzy der erste war, welcher Sekrete von gewissen Drüsen, die keinen Ausführungsgang besitzen, zu therapeutischen Zwecken verwendete. Vf. bespricht des weiteren die am häufigsten in Anwen-

Digitized by Google

dung gezogenen Drüsenextrakte. Bezüglich des Extrakts der Thyreoiddrüse ist die Dosierung und toxische Wirkung der Drogue genau bekannt. Nach einzelnen Autoren sollen Blutungen bei Myomen durch Anwendung des Extrakts geringer werden. Auch soll Amenorrhöe bei fetten Personen günstig beeinflußt werden. Bezüglich der therapeutischen Wirkung des Eierstockextrakts macht Vf. darauf aufmerksam, daß Régis im Jahre 1893 als erster scheinbar gute Erfolge erzielte, indem er eine nach Kastration entstandene Manie heilte. Nachteilig sei nur der Umstand, daß die toxische Wirkung des Extrakts nicht genau bekannt ist. So sah Jayle nach dem Gebrauche Gürtelrose, Vf. und Schuster Urtikaria auftreten und glaubt Vf. diese Zufälle auf Verunreinigung des Präparats zurückführen zu müssen. Nach seinen eigenen Erfahrungen konnte Vf. Heilwirkungen nur bei der natürlichen oder künstlich herbeigeführten Menopause konstatieren. Bei Dysmenorrhöe und Amenorrhöe jedoch war kein Erfolg zu verzeichnen. Bezüglich des Brustdrüsenextrakts sind die therapeutischen Erfolge derzeit noch am wenigsten sichergestellt. Freudenberg nimmt an, daß die Milchsekretion angeregt werden könne. — (Lancet, 1901.)

Königstein.

Mastdarmresektion von der Scheide aus. Von J. Murphy.

Vf. hat diese Operation mehrfach gemacht, dieselbe gewissermaßen methodisch ausgebildet und empfiehlt dieselbe. Sie eignet sich am besten für Geschwülste in der Mitte des Mastdarmes zwischen Sphinkter und Flexura sigmoidea und ist leicht ausführbar, nach Ansicht des Vf. jedenfalls leichter als die Operation vom Kreuzbein aus. Der Gang der Operation ist folgender: Die Vagina wird mittels breiter Spekula weit auseinandergezogen und das Peritoneum durch einen Querschnitt im hinteren Scheidengewölbe eröffnet. Dadurch ist die Geschwulst leicht zugänglich gemacht und eine Inspektion der retroperitonealen Lymphdrüsen ermöglicht. Dann wird die hintere Scheidenwand bis auf den Mastdarm der Länge nach gespalten, beginnend von der Mitte des Querschnittes im hinteren Scheidengewölbe bis zum Sphinkter ani. Darauf wird die Vaginalwand nach beiden Seiten vom Schnitte hin vollständig vom Mastdarm abgelöst. Nun läßt sich die Flexura sigmoidea leicht herabziehen. Dann wird die vordere Mastdarmwand mit Ausschluß des Sphinkter der Länge nach bis zum unteren Ende der Geschwulst gespalten und ein Querschnitt an derselben Stelle bis in das Bindegewebe hinter dem Mastdarm gemacht, das proximale Stück desselben von allen seinen Verbindungen bis zum Promontorium hin gelöst und mit einem zweiten Querschnitt oberhalb der Geschwulst der Mastdarm samt Geschwulst abgetrennt. Zum Schlusse werden die beiden Schnittflächen vereinigt, indem die Flexura sigmoidea genügend herabgezogen wird, die Längswunde des Rektum geschlossen, sowie Längs- und Querschnitt der Vagina vernäht. — (Philadelphia med. journ., 1901.)

Königstein.

Ein Beitrag zur Wehenerregung allein durch intrauterine, wenig nachgiebige Gummiblasen. Von C. Hauffe.

Vf. verwendet zu diesem Behufe an der Posener Hebammenlehranstalt den Zweifel'schen Zervixdilatator, jedoch mit der Modifikation, daß als Ballon nicht ein Kondom, sondern ein Gummisauger verwendet wird. Weiters wird ein großer Wert auf eine starke Ueberdehnung des ungefähr 50 cm fassenden Saugers bei der Füllung gelegt (80—120 cm), wodurch der Sauger in eine fast vollkommen starre, wenig kompressible Kugel verwandelt wird. Er besitzt den Vorteil der Billigkeit und ist sicher zu sterilisieren und jederzeit leicht beschaffbar. Zur dauernden Aufbewahrung desselben empfiehlt Vf. eine Formollösung. Infolge der Ueberdehnung ist ein bereits einmal benützter Sauger unbrauchbar. Wird die Ausfüllung langsam vorgenommen, dann ist ein Platzen kaum zu befürchten. Der Ballon kann mittels eines durch das Metallansatzrohr hineingeleiteten Mandrins leicht und schmerzlos ebenso wie ein Bougie bei Mehrgebärenden vom 5. Monat ab ohne vorherige Di-

Digitized by Google

latation eingeführt werden. Nach seiner Ausstoßung ist der Muttermund auf etwa Fünfmarkgröße eröffnet, so daß ein Braun'scher Ballon dann bequem einzuführen ist. Auch dieser läßt sich leicht und ohne Platzen auf das doppelte seines ursprünglichen Volumens ausdehnen. Dadurch wird eine geringe Kompressibilität erzielt und ein „Durchfließen" des Ballons durch den unerweiterten Muttermund verhindert. Vf. empfiehlt, den Ballon vor dem Einlegen zur Sterilisierung auszukochen. Trotzdem konnte er jeden mehr als sechsmal in Verwendung ziehen. Vf. zog auch bei der Scheidenkolpeuryse überdehnte Ballons in Anwendung und empfiehlt nötigenfalls die Kombination der Kolpeuryse mit Zugbelastung. Letztere wird allerdings davon abhängig gemacht werden müssen, ob Indikation für rascheste Geburtsbeendigung vorhanden ist und wie die eben vorhandenen Wehen beschaffen sind. Es können nämlich durch Zug mitunter Krampfwehen ausgelöst werden, selbst eine Ueberdehnung der Zervix mit ausgesprochenem Kontraktionsring wurde beobachtet. Wenn daher die Wehen allmählich einsetzen, unterbleibt die Belastung, bleiben jedoch die Wehen schwach, so wird mit aller Vorsicht belastet. Beim Eintreten von unregelmäßigen Wehen wird Morphium verabreicht und die Belastung entfernt, das Fußende des Bettes erhöht. Im Verlauf von 2 Jahren wurde der intrauterine überdehnte Ballon bei 24 Geburten in Anwendung gezogen und gibt Vf. zum Schlusse die Indikationen und Kontraindikationen für die Ballonanwendung an. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. 14, H. 2.)

Königstein.

Kaiserschnitt wegen Eklampsie. Von A. Sippel.

Vf. ist der Ansicht, daß die Eklampsie durch Intoxikation entsteht und die Giftbildung durch die Gravidität hervorgerufen wird und als solche der Eklampsie eigentümlich ist. Dazu kommt noch das mechanische Moment der Ureterenkompression. Somit ist Vf. der Meinung, daß die Zukunft einer kritisch aktiven Therapie bei Eklampsie gehören wird und daß dabei die Sectio cäsarea eine berechtigte Stellung finden muß. In schweren Fällen, wo hohe Temperatur, kleiner frequenter Puls, Zyanose auch in der anfallsfreien Zeit, Anurie und Schleim im Pharynx vorhanden ist, wird unter allen Umständen die operative Entbindung geboten sein, wenn möglich auf vaginalem Wege, sonst durch Sectio cäsarea. Des weiteren widerlegt Vf. die Einwände, daß größere Wunden einen zu starken sensiblen Reiz bedingen, der reflektorisch neue Anfälle auslöst, daß die Beurteilung der Situation der eventuell dort spontan erfolgenden Genesung sehr schwierig sei, daß die Eklamptischen eine erhöhte Disposition für Sepsis besitzen. Zum Schlusse gibt der Vf. der Ansicht Ausdruck, daß die Erfolge des Kaiserschnittes bei Eklampsie bessere sein werden, wenn man die Operation nicht zu lange hinausschiebt. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. 14, H. 2.)

Königstein.

Dermatologie.

Zur Atoxylbehandlung der Psoriasis. Von Dr. J. Guszmann.

Die geringen toxischen Nebenwirkungen, welche dem meta-arsensauren Anilid [$C_6 H_6 NO_3 AS$] nachgerühmt werden, haben demselben auch auf der Budapester dermatologischen Klinik Eingang verschafft. Ueber die dort geübte Applikationsweise berichtet Verf. Behandelt wurden bisher 31 Fälle von Psoriasis mit intramuskulären Injektionen der Verbindung, nach dem üblichen von Schild, Blumenthal und Heuers explorierten Vorgange, wobei die nates als Injektionsstellen dienten. Verabreicht wurden ursprünglich in 3—4tägigen Intervallen 0·05 Atoxyl. Diese Dosis wurde späterhin stets um 0·05 gesteigert, bis die Maximalmenge von 0·45 Atoxyl pro Injektion erreicht wurde. Von da ab erfuhr das Injektionsquantum von Einstich zu Einstich eine Reduktion um 0·05, um schließlich die ursprüngliche Größe der Einzeldosis von 0·05 zu erreichen. Bei dieser Verteilung sollen jene unangenehmen Nebenerscheinungen ausbleiben, welche

Digitized by Google

gelegentlich bei der Verwendung gleich großer Mengen zu vermerken sind und die sich in Form von Schwindel, Kopfschmerz, Brennen und Trockenheit im Rachen zu äußern pflegen. Wenn man berücksichtigt, daß Schild als Maximaldosis 0·4 der 20%igen Atoxyllösung hinstellt und als geeignete Injektionsmenge 0·2—0·3 eruiert hat, so muß bei der vorerwähnten Behandlungsweise die besondere Toleranz des Organismus dieser Arsenverbindung gegenüber, ins Auge fallen.

Was die erzielten Heilerfolge betrifft, so wurden zur unbefangenen Beurteilung derselben meist nur schwere rezidivierende Erkrankungsformen der Behandlung unterzogen. Leider hat sich aber in all diesen Fällen der intramusculären Atoxyleinverleibung auch die lokale Behandlung beigesellt und noch dazu in den meisten Fällen mit bekannten Reduktionsmitteln, die an und für sich schon geeignet sind, die, wenn auch nur temporäre Heilung der Psoriasis herbeizuführen.

Nach 8—15 Injektionen sollen die Plaques meist abgeflacht und schuppenfrei sein, auch sollen Nachschübe während der Behandlungsdauer nur selten zum Vorscheine kommen. Diese belief sich durchschnittlich auf 4 bis 6 Wochen, während Schild das gleiche Ergebnis in 29 Tagen (mit $^1/_8$ der von G. angewandten Atoxylmenge erzielt haben will. Diesen günstigen Erfahrungen können wir unsere eigenen nur zum Teile an die Seite stellen und zwar auch nur im Bezug auf die Behandlung des Lichen ruber planus. Im übrigen sehen wir auch Walter Schild (Dermatol. Zeitschrift Feber 1903) neuerdings zu Resultaten gelangen, die dem Atoxyl Psoriasisbehandlung eine nur untergeordnete Stellung einräumen. — (Arb. a. d. Budapest. Derm. Klinik, 1903.) N.

Das Thioform in der Dermatotherapie. Von Dr. J. Szabóky.

In Berücksichtigung des sekretionsbeschränkenden, desinfizierenden und adstringierenden Vermögens der basisch-dithio-salizylsauren Bismuthverbindung hat Vf. des bereits im Jahre 1894 gegen Fußgeschwüre und Verbrennungen, sowie gegen Ekzem (Steurer, J. Schmidt) empfohlene Thioform bei 110 Fällen exploriert. Dieser Behandlung wurden unterzogen: herpetische Eruptionen, Dysidrosis, Intertrigo, Impetigo contagiosa, Pyodermie und Ekzem. Das Medikament wurde in der ursprünglichen Pulverform, ferner als 10% Thioformtalk, 5—30% Thioformvaselin und 10—20% Thioform-Lassarpasta angewandt. Gewerbeekzeme (9) heilten durchschnittlich in 15 Tagen unter 10% Thioformvaselin, die seborrhoische Form des Hautkatarrhs erwies sich refraktär. 10 Herpesfälle zeigten auf die Pulverapplikation promptes Eintrocknen der Bläschen. Granulierende Wundflächen erfuhren unter dem Pulver eine rasche Benarbung, desgleichen solche Defekte, die nach Probeexzisionen resultierten. Die Anführung der letzteren „Krankheitskategorie" in einem therapeutischen Aufsatze sollte bei noch so geringer Heilungsdauer derselben lieber unterlassen werden. — (Arbeiten a. d. Budapester Derm. Klinik, 1903.) N.

Ueber Empyroform. Von Dr. Sklarek.

Unter diesem Namen wird von der chemischen Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering) ein trockenes fast geruchloses Kondensationsprodukt von Teer und Formaldehyd in den Handel gebracht, das als Pulver pur oder mit Zink und Amylum gemischt bei nässendem Ekzem gute Dienste leistet. Außerdem kann dasselbe in 1—5—20% Salbenform mit Vaseline oder Bleivaseline oder mit Zinkpasta benutzt werden. Zur Trockenpinselung bei erythematösem uud squamösem Ekzem empfiehlt Verfasser Empyroform 15,0 Talc. venet, Glyzerin āā 10,0 Aqua dest 20,0 oder als Tinktur Empyroform 5—10 Chloroform Tinkt. Benz. āā ad. 50,0.

Gleich günstige Heilresultate wurden mit dieser Verbindung auch an der Klinik Pick in Prag erzielt.

Ueber die daselbst angestellten Versuche hat F. Krauß am Kongreß der

Digitized by Google

Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu Serajevo berichtet, woselbst gleichzeitig auch die mit dem von A. Sack in Heidelberg in die Therapie eingeführten gereinigten Teer erzielbaren Heilerfolge zur Diskussion gestellt wurden. Die Vorzüge, des unter dem Namen Anthrasol von Knoll in Ludwigshafen dargestellten, farblosen Teers haben wir an dieser Stelle, bereits hervorgehoben, und es erübrigt uns nur nachzutragen, daß im Anschlusse an den Vortrag Sacks, Neisser, Nobl Mraçek übereinstimmend das Präparat als den wirksamsten Behelf in der Behandlung seborrhoischer und psoriatischer Läsionen der Kopfhaut und des Stammes hinstellten. N.

Zur Verwertung von Kali hypermang. Umschlägen bei Hautkrankheiten. Von Dr. L. Nékám.

Die namentlich von Hallopeau gegen den ulcerösen Lupus empfohlene heroische Medikation mit pulverisierten hypermangansaurem Kali hat N. dahin modifiziert, daß er nur wässerige Umschläge (2—4 %) täglich 2mal in der Dauer von ¼—½ Stunde anwenden läßt. Rasche Ueberhäutung, Einengung der Eiterung und Schmerzlosigkeit werden als Vorteile des einfachen Verfahrens hervorgehoben. Außer dem Lupus wurden 28 pustulöse Ekzeme, 14 Impetigo-, 6 Pyodermie-, 5 Phlegmone Fälle und 6 Fußgeschwüre ähnlich behandelt und zwar mit gleich günstigem Erfolge. Unwirksam erwiesen sich die Umschläge bei Favus und Trichophytie. (Arb. a. d. Budapest. Derm. Klinik, 1903.) N.

Zur Protargolbehandlung der Unterschenkelgeschwüre. Von Dr. L. Markovics.

Angeregt durch die guten Resultate, welche Strauß, Floret und Protin mit Protargol bei Unterschenkeln aufzuweisen hatten, ließ Nékém diese Silberverbindung an seiner Abteilung in der gleichen Indikation auswerten. Die Geschwüre wurden teils mit 10% Protargolglyzerin gepinselt, teils mit einer Protargolpasta (Protargol 10·0 Terr. silic. 5·0, Glyzerin 65·0, Magnes carb. 15·0) bedeckt. Zumeist ließ sich eine rasche Epidermisation der Defekte verfolgen. Allerdings wäre noch hinzuzufügen, daß die Kranken zumeist unter den für die Ausheilung der Fußgeschwüre günstigsten Bedingungen standen, nämlich als Anstaltspatienten der Bettruhe teilhaftig wurden. — (Arb. a. d. Budapest. Dermat. Klinik, 1902.) N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Zur präventiven Behandlung des syphilitischen Primäraffekts. Von Eug. Holländer.

Die wesentlichen Unterschiede, die Holländer zwischen der Wirkung des Paquelins und der von ihm empfohlenen sogenannten kontaktlosen Kauterisation sieht und die vor allem darin liegen, daß die kontaktlose Kauterisation nach allen Richtungen hin gleichmäßiger und auch tiefer wirken soll, waren für ihn Veranlassung, nach einigen mehr zufälligen Beobachtungen der alten, vielfach ventilierten Frage von der Exzision, bezw. Zerstörung des Primäraffekts neuerdings nachzugehen. Die Fälle (80) stammen aus dem Material von Max Joseph und wurden dem Autor mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose des Primäraffekts übergeben. Für die zu beantwortende Frage restieren von diesen 80 blos 59 Fälle, wovon 12 sicher Lues bekamen, bei dreien ist dies zweifelhaft. Von den restlichen 44 Kranken bleiben mit Rücksicht auf die Zeit der Beobachtung bei der strengsten Skepsis 22 (bezw. 34) Fälle übrig, die zum größeren Teile über ein Jahr, zum Teile sogar noch länger in Beobachtung stehend, frei von Sekundärerscheinungen blieben. Fünf der Kranken hatten gegen ärztliche Warnung geheiratet, ohne ihre Frauen zu infizieren, von denen eine derzeit ein gesundes Kind geboren, eine zweite im achten Monat gravid ist. Bei drei Patienten konnte eine Reinfektion konstatiert werden. In einzelnen Fällen ließ sich nach der Kauterisation auch ein

Digitized by Google

Rückgang der geschwellten Drüsen wahrnehmen.

Warum in den einzelnen Fällen ein negatives oder positives Resultat erzielt wurde, vermag der Autor nicht zu erklären, sicherlich scheint — und das ist zweifellos merkwürdig — der Zeitpunkt der Operation und damit die eventuell bereits vorhandene oder fehlende Intumeszenz der Drüsen keine Rolle zu spielen, denn es finden sich unter den negativen Fällen sehr frühzeitig operierte und umgekehrt unter den positiven wieder solche, die der Zeit nach bereits ziemlich vorgeschritten waren.

Gewissermaßen als Nebenbefund ergab sich ein Symptom, das dem Autor von der größten Bedeutung scheint, da es nach ihm die einzige objektive Reaktion des syphilitischen Primäraffekts darstellt. Versucht man nämlich, eine kontaktlos kauterisierte Sklerose mit dem scharfen Löffel zu kratzen, so kann derselbe kein Atom des Gewebes wegnehmen, „der Löffel knirscht auf lederhartem Boden und der Geschwürsgrund blutet nicht". Ist dagegen das kauterisierte Geschwür ein nicht spezifisches, so kann man den ganzen Geschwürsgrund auslöffeln. Doch lasse dieser letztere Befund keineswegs die Sklerose absolut ausschließen, weil es sich auch um ein Ulcus mixtum handeln könne; dagegen könne man aus dem negativen Kurettement die vorhandene syphilitische Natur des Geschwüres sicher diagnostizieren. Auffallend ist, daß der Autor auch schon bei einem zweitägigen Primäraffekt eines Kollegen ein negatives Kurettement hatte, „was wohl dafür spricht, daß die kleinzellige Infiltration schon frühzeitig sich ins feste, spezifische, narbenähnliche Bindegewebe umwandelt". Diese Erklärung scheint wohl nicht besonders vertrauenerweckend.

Für jene Fälle, in welchen trotz Kauterisation die Syphilis nicht ausblieb, schien der Verlauf ein erheblich milderer, was mit der Beobachtung anderer Autoren nach Exzision des Zentralaffekts übereinstimmt. Auf die sehr hypothetische Erklärung über die eigentümliche Wirkung der kontaktlosen Kauterisation in Bezug auf die Verhinderung des Konstitutionellwerdens der Syphilis, die durch die klangvollen Namen Buchner, Ehrlich, Morgenroth, aber auch sonst durch nichts gestützt erscheint, wollen wir hier nicht eingehen. Weniger wäre auch hier mehr gewesen; die Nachprüfung wird ja nicht ausbleiben. — (Berl. Klin. Woch. Nr. 46, 1903.) Deutsch.

Hydrargyrum hermophenylicum. Von G. Seegall.

Der Wunsch nach einem Quecksilberpräparat, das alle Vorteile der schwer löslichen Präparate besitzt, von ihren Nachteilen aber frei ist, bringt es mit sich, daß alljährlich irgend eine Quecksilberverbindung in diesem Sinne empfohlen wird. Das geschieht auch jetzt von französischer Seite mit dem Hermophenyl, einer Auflösung von Quecksilberoxyd in Natrium carbolicum bisulfurosum. S. hat das Präparat bei 35 Kranken nachgeprüft, von denen 32 an sekundären, 3 an tertiären Syphiliserscheinungen litten. Was sich zunächst ergab, war, daß die von Frankreich aus empfohlene $^1/_2$%ige wässerige Lösung, von welcher jeden zweiten Tag 4 cm³ subkutan injiziert werden, nur sehr geringe Erfolge aufwies, anderseits aber bei den an den oberen Extremitäten vorgenommenen subkutanen Injektionen entschieden auch Schmerzen verursachte. Deshalb wurden vom Autor stärkere Lösungen (1—2%) herangezogen und von diesen täglich 1—2 cm³ injiziert und überdies wegen der erwähnten Schmerzhaftigkeit die Depots intramuskulär angelegt. Dabei traten in 9 Fällen Intoxikationserscheinungen auf, in einem Falle Gingivitis, in zweien ein merkurielles Exanthem und in 6 Fällen Diarrhöen, Kopfschmerzen und Temperatursteigerung. Danach zu schließen, sollten die Einwirkungen auf den Krankheitsprozeß sehr günstig sein, sie sind es auch in einzelnen Fällen, in anderen wiederum lassen sie viel zu wünschen übrig, so daß als hervorstechendstes Charakteristikum des neuen Mittels die Unzuverlässigkeit und Ungleichmäßigkeit in seiner Wirkung gelte,

Digitized by Google

es werde nach der Ansicht des Autors bald der Vergessenheit anheimfallen.

Nebenbei war es wegen seiner bakteriziden Eigenschaften auch gegen Gonorrhöe verwendet worden, in Lösungen von 1·0 : 1000·0 bezw. 300·0, hat sich aber auch hier nicht bewährt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42, 1903.) Deutsch.

Ueber die Beziehungen der Syphilis zur Nierenchirurgie. Von M. v. Margulies.

Israel hat zuerst hervorgehoben, welches Interesse der Nierensyphilis von seiten der Chirurgie zukomme, insoferne als sie zu diagnostischen Irrtümern Anlaß gebe. Der Autor beschreibt nun einen hiehergehörigen Fall, in welchem anamnestisch wohl nicht direkt Lues zu erheben war, dieselbe jedoch bei der Kranken auf Grund der vorausgegangenen Aborte, bezw. der Krankheitserscheinungen an den verstorbenen Kindern, sowie an ihr selbst höchst wahrscheinlich schien. Objektiv fand sich ein Tumor der linken Niere. Die von dorther ausgelösten, ins Bein ausstrahlenden Schmerzen, sowie die heftigen Kopfschmerzen hatten die Kranke ins Spital gebracht. Die gesonderte Untersuchung der rechten und linken Niere, bezw. des zugehörigen Harnes ergab normale Funktion, auch der objektiv zweifellos veränderten linken Niere, wenngleich sich im Urin der letzteren hyaline und Wachszylinder, Eiterkörperchen in mäßiger Quantität, endlich ausgelaugte Erythrozyten fanden. Gerade der Widerspruch zwischen palpatorischem Befund und Harnanalyse machte die Diagnose Syphilis höchst wahrscheinlich.

Die Einleitung der antisyphilitischen Behandlung (Hg und Jodkali) schien auch gleich an den ersten Tagen von Erfolg, da traten plötzlich hohe Temperaturen auf, welche trotz der Schwäche und Hinfälligkeit der Patientin, da man nun doch an einen Eiterungsprozeß denken mußte, chirurgisches Eingreifen notwendig erscheinen ließen. Dabei zeigte sich die Nierenkapsel mit den umgebenden Teilen fest verwachsen, ebenso auch nach Einschneiden mit der Niere selbst; beim Einschneiden hatte sich ungefähr ein Teelöffel einer grauweißen eiterartigen Masse entleert. Jedenfalls machte das gelatinös entartete Fettgewebe der Kapsel viel eher den Eindruck eines Gummas, als einer malignen Neubildung, so daß von einer sicherlich mit großen Schwierigkeiten verbundenen Auslösung der Niere abgestanden und das Resultat der mikroskopischen Untersuchung abgewartet wurde. Dieselbe war wohl in Bezug auf Neoplasma negativ, ließ aber mit Sicherheit auch nicht auf Syphilis schließen; letztere wurde aber auf Grund der Aehnlichkeit mit dem seinerzeit von Israel erhobenen Befunde angenommen und die antiluetische Therapie fortgesetzt. Die Temperatur sank allmählich zur Norm, und nach vier Wochen wurde die Kranke geheilt entlassen. Auch die nachträglich fortgesetzte Beobachtung bestätigte die Heilung, so daß auch der Erfolg der Hg-Therapie für die Richtigkeit der Diagnose spricht. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 45, 1903.) Deutsch.

Kinderheilkunde.

Die Frauenmilch in der Therapie des akuten Dünndarmkatarrhs. Von Dr. B. Salge.

Die Ansicht von dem jederzeit sicheren Nutzen der Frauenmilch-Verabreichung bei Erkrankung des Magendarmkanals im Säuglingsalter hat schon durch Kellers Berichte eine Erschütterung erfahren, doch konnte dieser wenigstens konstatieren, daß es stets gelingt, durch die Brustnahrung neue Schädigungen fernzuhalten.

Für die Einleitung einer rationellen Therapie ist ein strenges Sondern der Krankheitsbilder unumgängliche Vorbedingung. Der akute Dünndarmkatarrh der Säuglinge zeigt typische Symptome, die, besonders der nervösen Sphäre, eine toxische Aetiologie verraten; wenigstens reichen die anatomischen Veränderungen der Darmwand zur Erklärung nicht aus. Eine Reihe von Krankengeschichten an akuten Darmkatarrh erkrankter Kinder, die mit Frauenmilch-Nahrung behandelt worden waren, läßt nur einen entschieden

Digitized by Google

ungünstigen Einfluß dieser Therapie auf den Krankheitsverlauf erkennen. Hingegen zeigt die Beobachtung eines schwächlichen, zwar an starken Diarrhöen, doch nicht an toxischen Symptomen leidenden (dyspeptischen) Kindes den gewünschten Erfolg nach Einleitung der Ammenernährung. Unter den anfangs gegebenen kleinen Mengen besserten sich die Stühle, und sobald eine ausreichende Menge von Frauenmilch gegeben wurde, hob sich das Körpergewicht in befriedigender Weise.

Dieses Verhalten der Frauenmilch mag dadurch zu erklären sein, daß beim Enterokatarrh Fett meist schlecht vertragen wird und zu akuten Verschlimmerungen und toxischen Erscheinungen führen kann, daß also das reichliche Fett der Frauenmilch nicht vertragen wird. (Säurevergiftung oder Alkalienentziehung nach der Breslauer Schule.) Die Anwendung der Frauenmilch empfiehlt sich beim Dünndarmkatarrh also nur unter großer Vorsicht und erst nach Schwinden aller Darmsymptome und aller toxischen Erscheinungen. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 58.) Nrth.

Die Einwirkung des Phosphors auf den rhachitischen Knochenprozeß. Von Dr. Wilh. Stoeltzner.

St. hat in drei mit Phosphor behandelten Fällen von Rhachitis die Knochen histologisch untersucht. In keinem der Fälle ließ sich an den untersuchten Knochen eine Phosphorsklerose nachweisen, auch sprachen die histologischen Verhältnisse in keinem der Fälle für eine Einwirkung des Phosphors auf den rhachitischen Knochenprozeß. Da jedoch alle drei Fälle mit hochgradiger allgemeiner Atrophie und schweren Komplikationen verbunden waren, betrachtet Stoeltzner seine negativen Befunde nicht als Beweismittel gegen den Nutzen der Phosphorbehandlung bei Rhachitis schlechthin, von deren Wirksamkeit er im Gegenteil überzeugt ist. Stoeltzner zieht aus seinen Untersuchungen nur den einen Schluß, daß der Phosphor in schwer komplizierten Fällen von Rhachitis wirkungslos bleibt, daß man also in solchen Fällen von der Verordnung des Phosphors Abstand nehmen kann. — (75. Vers. deutscher Naturforscher u. Aerzte; Jahrb. f. Kinderheilk.) Nrth.

Ueber Laryngitis aphthosa. Von Dr. Zuppinger.

Die primaere Stomatitis aphthosa ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine gutartige, nur auf die Mundschleimhaut lokalisierte Krankheit, zeigt aber nicht selten einen progredienten Charakter, insoferne sie auf den Gaumen die Uvula, die Tonsillen und die hintere Rachenwand übergreift. In sehr seltenen Fällen ist auch der tiefere Verdauunstrakt betroffen. Anderseits kann die aphthoese Entzündung auf den Larynx übergehen und dann besonders bei kleinen Kindern ausgesprochene Larynxstenose erzeugen, welche die Kinder in direkte Erstickungsgefahr bringt. Verfasser beobachtete unter 900 Kindern mit Stomatitis aphthosa sechs solche Fälle.

Die Therapie besteht in einer energischen Behandlung der Grundkrankheit. Hiezu empfehlen sich Auswaschungen von Mund- und Rachen mit Solutio kali hypermangan., keineswegs interne Verabreichung von Kalium chloricum. Geht die Grundkrankheit zurück, so lassen auch die Symptome von Seiten des Kehlkopfes bald nach. Zur Unterstützung werden mit bestem Erfolge Wasserdampfinhalationen und warme Umschläge am Halse angewendet. Bei gefahrdrohender Larynxstenose ist auch im Säuglingsalter die Intubation der Tracheotomie schon wegen der voraussichtlich kurzen Intubationsdauer vorzuziehen. (75 Vers. deutscher Naturforscher; Jahrb. f. Kinderheilk.) Nrth.

Calciumsuperoxyd gegen die saure Dyspepsie der Säuglinge und puerperale Ulcerationen.

Calciumsuperoxyd, dessen physiologische und bactericide Eigenschaften im Petersburger Institut für experimentelle Pathologie unter Nencki geprüft wurden, wird erhalten durch die Einwirkung von Wasserstoffsuperoxyd auf Calciumhydrat. Es ist ein weißes, kristallinisches Pulver, fast unlöslich in Wasser, das, mit or-

Digitized by Google

ganischen Geweben in Verbindung gebracht, nascierenden Sauerstoff entwickelt. Bei Schutz vor Feuchtigkeit hält es sich unbegrenzt lang. Da es kaum giftige Eigenschaften besitzt, so ist es geeignet, innerlich in relativ großen Dosen genommen zu werden.

Es erwies sich, nach den Erfahrungen von Rosekovsky, bei saurer Dyspepsie der Säuglinge dem Präparate Aqu Calcis überlegen; es wurde innerlich in der Dosis von 0·88—1·5 pro die gegeben.

Neuerdings hat Frau Dr. S. Hornstein mit sehr gutem Erfolge Calciumperoxyd in Verbindung mit Talc. venet:

Ca peroxyd 1.0
Talc. venet 5.0

als Streupulver bei putriden puerperalen Ulcerationen verwendet. (Revue franç. de Méd. et de Chir. Nr. 51, 1903.) Laufer.

Gelatine als Therapeutikum bei Kinderdiarrhöen.

M. E. Weill hat therapeutische Versuche mit Gelatine bei Kinderdiarrhöen gemacht. Zur Sterilisierung derselben empfiehlt er entweder halbstündiges Erhitzen im Sterilisator auf 120° oder $^3/_4$stündiges Kochen, im Notfalle. Dann wird die Flüssigkeit, noch nicht völlig erkaltet, in Eprouvetten à 18 cm³ Inhalt, d. i. mit dem Gehalt von 1g Gelatine, eingefüllt. Nach Erwärmung im Wasserbade fügt man dann den Inhalt einer solchen Tube einer Saugflasche zu, eventuell kann man auch zwei Tuben verwenden, sodaß man mit 3g Gelatine pro Tag beginnend mit Leichtigkeit auf 12—14g steigen kann. Das Präparat wird von Kindern gut vertragen. Die Zahl der Stühle verminderte sich von 10—12 auf drei später zwei. Die Stühle werden fester, und es geht die grüne Farbe allmählich in die normale gelbe über. Die Besserung stellt sich nach dem Gebrauch von 5—6g Gelatine ein. Gelatine erwies sich besonders wirksam bei einfachen Enteritiden, mit häufigen, diarrhoischen Stühlen, pathologisch vom chemisch und bakteriologischen Standpunkte, häufig bei gleichzeitigem Erbrechen aber ohne bemerkenswerten Einfluß auf den allgemeinen Zustand. In solchen Fällen zeigte sich der Zusatz von sterilisierter Gelatine zur Milch den gebräuchlichen Mitteln überlegen und brachte mitunter selbst in einigen Stunden Besserung. — Handelt es sich dagegen um eine gastrointestinale Allgemeininfektion, wo die Krankheitssymptome statt lokal beschränkt zu bleiben, den ganzen Organismus betreffen (stark erhöhte Temperatur, Bronchopneumonie, Milz- und Lebervergrößerung, Albuminurie) dann bleibt die Gelatine, obzwar sie die Stühle beeinflußt, ohne Effekt auf den allgemeinen Zustand und seine Komplikationen. Endlich bei Cholera infantum zeigt sich keine Beeinflussung der diarrhoischen Stühle. (Revue française de Médecine et de Chiurgie. Nr. 49, 1903). Laufer.

II. Diagnostik.

a) Lunge.

Ueber den Wert der Tuberkulindiagnostik für die Lungenheilstätten. Von Dr. M. Pickert.

Die Beobachtungen Vfs. an 244 Kranken liefern den Beweis, daß für die überwiegende Zahl der Leichtkranken bei Fehlen der Tuberkelbazillen im Auswurfe die klinische Diagnostik zur Sicherstellung der Diagnose genügt, daß also deshalb die Anwendung diagnostischer Tuberkulininjektionen bis auf Ausnahmsfälle nicht notwendig erscheint. Da auch bei größter Vorsicht nicht mit Sicherheit starke Reaktionen mit schädlichen temporären oder auch dauernden Folgen zu vermeiden sind, ist vom ärztlichen Standpunkte aus die diagnostische Tuberkulininjektion nur dort berechtigt, wo unter voller Würdigung der klinischen Diagnose nur der Verdacht auf Lungentuberkulose, doch nicht die Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt werden kann. Die Wahrscheinlichkeit allein ist jedoch mit einer Sicherheit von 100 : 1 im Sinne einer

Digitized by Google

bestehenden Lungentuberkulose zu verwerten, so daß also die diagnostische Tuberkulinreaktion hier bereits überflüssig ist. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 43, 1903.) E. S.

b) Magen.

Ueber Palpation und Auskultation des normal großen Pylorus. Von P. Cohnheim.

Vf. hat in einer großen Zahl von Fällen, entsprechend den Erfahrungen von Obrastzow den Pylorus, ohne daß krebsige Entartung desselben bestand, palpiert. Dies ist von besonderer diagnostischer Wichtigkeit, da der fühlbare normal große Pylorus sehr häufig in der Praxis für einen Tumor angesprochen wird, also einen Teil der sogenannten Pseudotumoren im Abdomen liefert. Es gibt nun ganz bestimmte physikalische Merkmale, um den palpablen Pylorus von derartigen Pseudotumoren zu unterscheiden. Der Pylorusteil des Magens wird gewöhnlich in Form eines Zylinders palpiert, der entweder horizontal oder schräg von oben rechts nach unten links 2 bis 7 cm oberhalb des Nabels liegt und seine Konsistenz entsprechend seinem Kontraktionszustande ändert, bald knorpelhart, bald schlaff wird, und hiebei Kollern nicht nur durch Palpation wahrnehmen läßt, sondern auch ein quietschendes Geräusch sich dem Gehöre mitteilt. Dieses Phänomen, von Vf. Spritzphänomen genannt, fühlt man stets in der Richtung von links nach rechts, wenn man die Fingerspitzen ganz leicht auf den entstehenden Tumor auflegt. Dies ist für die Unterscheidung des Pylorus vom Colon transversum von Bedeutung, da dessen Peristaltik von rechts nach links geht.

Die Erscheinung ist ausschließlich bei Personen mit mageren, ziemlich erschlafften Bauchdecken zu beobachten, in der Regel bei enteroptotischem Habitus, doch auch bei Männern ohne diesen, wenn die Bauchdecken infolge rapider Abmagerung sehr nachgiebig sind. So kommt es, daß man den Pylorus auch besonders häufig bei Phthisikern fühlen kann.

Die Untersuchung geschieht am horizontal, mit leicht angezogenen Beinen gelagerten Kranken, nachdem Patient auf nüchternem Magen ein bis zwei Glas Wasser getrunken hat. Mitunter tritt die Pyloruskontraktion dabei schon sichtbar hervor. Die untersuchende Hand wird flach und leicht auf das Epigastrium aufgelegt und der Patient zu möglichst tiefer Zwerchfellatmung aufgefordert, wobei man die rythmische Kontraktion des Pylorus und das Spritzen deutlich erkennen kann. Bei leerem Magen ist die Erscheinung seltener zu beobachten. Mit Besserung der Grundkrankheit verschwindet das Symptom. Dauerndes Hartbleiben eines nicht vergrößerten Pylorus scheint für eine maligne Erkrankung zu sprechen. — (Deutsches Archiv f. klin. Mediz. Bd. 78, Heft 3 u. 4.) E. S.

Ueber die Brauchbarkeit der Perkussions-Auskultation in der Diagnostik der Magenerkrankungen. Von Dr. v. Pesthy.

Vf. bedient sich zur Bestimmung der Magengrenzen, insbesondere zur Abgrenzung des Magens gegen den Dickdarm dieser Methode, und zwar benützt er die Friktion zur Erzeugung des zu auskultierenden Schalles. Es kommt aber bei der Auskultation an den Bauchorganen nicht nur die Veränderung in der Stärke des Schalles, wie bei den Brustorganen in Betracht, sondern es sind hier auch die Nuancen im Charakter des Schalles von großer Wichtigkeit. In erster Linie muß der tiefe tympanitische Schall des Magens aufgefunden werden, zu welchem Behufe der Hörapparat, am besten ein Mikromembranstethoskop, unter dem Process. xyph. aufgesetzt wird und in einiger Entfernung von ihm mit der Friktion begonnen wird. Ist dadurch die Lage des Magens nicht verläßlich zu finden, so schiebt man den Apparat weiter gegen den Nabel zu, bis der tiefe tympanitische Schall des Magens mit Sicherheit gehört wird. Von dieser Stelle ausgehend, übt man die Friktion in der Richtung einiger Radii aus und bestimmt so beiläufig den Umfang des Magens. Dann setzt man den Hörapparat in die Mitte der so ermittelten Fläche und bestimmt von hier aus genau die Konturen des Magens.

Digitized by Google

Die Brauchbarkeit des Verfahrens bestätigte P. durch Bestimmungen von Lage und Größe des Magens an Kranken, welche kurz darauf laparotomiert wurden, so daß die direkte Inspektion zur Kontrolle verwendet werden konnte. Die Bestimmung der unteren Grenze normaler oder kranker Magen gelingt ohne Ausnahme durch die Methode aufs exakteste. Kombiniert man noch die Perkussionsauskultation mit der Aufblähung durch Soda und Weinsteinsäure, so lassen sich durch Bestimmung der Differenzen vor und nach der Aufblähung wertvolle Schlüsse auf die Beschaffenheit des Muskeltonus ziehen. Bei gesundem Magen beträgt der Unterschied nicht mehr als 2 cm in der Richtung gegen den Nabel (die kleine Kurvatur bleibt unverändert), bei ptotischen 3, bei dilatierten 4 cm und darüber. Sehr wertvoll sind die Aufschlüsse, die mittels der Methode über die verschiedenen Abdominaltumoren zu erhalten sind, indem durch sie eine genaue Größenbestimmung sowie die Diagnose der Zugehörigkeit der Geschwülste zu den einzelnen Bauchorganen ermöglicht wird. — (Arch. f. Verdauungskrankh. IX. 4. 1903.) E. S.

c) Darm.

Perityphlitis und Leukozytose. Von Ph. Gerngroß.

Es wurde das Verhalten der Leukozytose bei 20 Fällen von Appendizitis geprüft. Nach den gewonnenen Erfahrungen konnte die Curschmannsche Lehre im großen Ganzen bestätigt werden. Auch G. sah bei Perityphlitiden, die leichten klinischen Verlauf nahmen, die Leukozytenzahl zu Anfang nicht unbeträchtlich vermehrt (15.000 bis 30.000), aber dann in kurzer Zeit zur Norm zurückkehren, während bei schwereren Fällen, die schließlich operatives Eingreifen erforderten, sich die anfängliche Leukozytose in gleicher Höhe hielt oder weiter anstieg. Dagegen konnte Curschmanns Ansicht nicht bestätigt werden, daß vereinzelt beobachtete Leukozytenzahlen von 25.000 und darüber schon die Indikation zur Operation abgeben. E. S.

Ueber Hypästhesie bei Appendizitis. Von Dr. J. Peiser.

Neun von elf Fällen von Appendizitis zeigten eine deutliche Sensibilitätsstörung in Hautbezirken der rechten Unterbauchgegend, und zwar handelte es sich in sechs Fällen um Hypästhesie, in zwei um Hyperästhesie, in einem Falle anfangs um Hyp-, dann um Hyperästhesie. Die bis jetzt von keiner Seite betonte Hypästhesie ist manchmal sehr ausgesprochen, sogar gegen Nadelstiche, nicht nur gegen feinere Berührungen. Die betreffenden Hautbezirke sind im allgemeinen nicht scharf begrenzt. Vf. wirft die Frage auf, ob intra- oder extraperitoneale Lage der Entzündung, Fehlen oder Vorhandensein von Eiterung auf das Auftreten und die Art dieser Empfindungsstörungen von Einfluß seien, so daß umgekehrt aus ihrem Verhalten diagnostische Anhaltspunkte über den Krankheitsprozeß gewonnen werden könnten. — (Münch. med. Wochenschrift Nr. 41, 1903.) E. S.

Beiträge zur Kenntnis der Volvulus coeci. Von R. Faltin.

Auf Grund eigener und reicher literarischer Kasuistik entwirft F. ein genaues klinisches Bild der Affektion:

Der Beginn der Erkrankung ist fast ausnahmslos ein plötzlicher. Eines der konstantesten Symptome sind Bauchschmerzen sehr heftiger Art, brennend, reißend, im Anfang gewöhnlich kolikartig, später kontinuierlich und exazerbierend, meist im Nabel lokalisiert, von wo sie nach dem Rücken ausstrahlen. Recht selten werden die Schmerzen in die r. Fossa iliaca verlegt. Druckempfindlichkeit gehört keineswegs zu den charakteristischen Symptomen. In 44 Fällen fehlte sie vollkommen. In einzelnen Fällen, wo sie vorhanden war, war der Schmerz entweder gering oder es bestand bereits allgemeine Peritonitis. Doch fiel in 21 Fällen Druckschmerz mit der Lage der Drehungsstelle zusammen. Erbrechen ist fast immer vorhanden. meist initiales Erbrechen. In den Fällen, wo solches vermißt wurde, stellte es sich binnen kurzem, seltener erst nach Tagen ein, zum Unterschied von den Drehungen

Digitized by Google

der Flexur, wo bei den akuten Fällen in 34%, bei den chronischen in 84% Erbrechen fehlt. Auch wird das Erbrechen nicht selten beim Cöcumvolvulus faekulent, was beim Flexurvolvulus viel seltener eintritt. Absolute Verstopfung muß wenigstens im Anfang des Leidens nicht bestehen, auch während des ganzen Verlaufes kann manchmal Stuhl- und Flatusabgang beobachtet werden. Eines der konstantesten und wichtigsten Symptome ist der Meteorismus, namentlich lokaler, welcher schon bei der Inspektion des Bauches als eine Assymetrie wahrgenommen werden kann. Die gewöhnlichste, für den Volvulus coeci beinahe pathognomische Lage des Meteorismus ist die quer über den Nabel, er erscheint daselbst meist als querverlaufender Tumor, doch wird er auch oft in der rechten Bauchseite angetroffen. Gleichmäßige Auftreibung des gesamten Bauches ist keinesfalls selten und weist dann entweder auf allgemeine Peritonitis oder anf eine bereits sehr gewaltige Auftreibung aller Därme hin. Der Meteorismus entsteht gewöhnlich sehr rasch. Nur in wenigen Fällen zeigt die meteoristisch geblähte Schlinge noch Peristaltik.

Die Untersuchung per rectum kann oft wichtige diagnostische Aufschlüsse geben, da das gedrehte Cöcum nicht zu selten im kleinen Becken liegt.

Der Allgemeinzustand ist, so wie bei anderen akuten Okklusionen, stark alteriert. Ueber die Bedeutung der Indikanreaktion für die Lokaldiagnose fehlen leider verwertbare Angaben in der Mehrzahl der Beobachtungen. Es hätte jedoch, nach der geltenden Ansicht, eine nach vier bis fünf Tagen noch negative Reaktion einen gewissen Wert für die Diagnose des Coecum volvulus. — (Nord. med. Archiv, Abt. I., H. 1, 1903.) E. S.

Die Bedeutung der Hauthyperalgesie bei Appendizitis. Von Sherren.

Sherren untersuchte in einer großen Zahl von Appendizitisfällen die Hauthyperalgesie, um die Head'sche Lehre, daß diese hyperalgetische Zone bei Perforation oder Gangrän des Appendix wieder verschwinde, auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Die Untersuchung geschieht in der Weise, daß man mit zartem Kneifen oder Streichen der Haut in einem sicher nicht hyperalgetischen Bezirke beginnt und gegen das suspekte Gebiet vordringt, um so seine Grenzen zu bestimmen. Stets muß sorgfältig vermieden werden, etwa vorhandene Empfindlichkeit tiefer Teile auszulösen. Bei Appendizitis kann die Hauthyperalgesie zwischen einem vollkommen bandförmigen Streifen von der vorderen Mittellinie, unterhalb des Nabels beginnend, bis zur Linie der lumbaren Dornfortsätze und einem kleinen runden Fleck zwischen Nabel und Spina ant. sup. alle Uebergänge aufweisen, sich meist auf das XI. Dorsalsegment beschränkend. Sehr selten reicht die Hyperalgesie in das Gebiet der X. oder der XII. Wurzel. Die Breite des Bandes beträgt 6—7 cm. Am häufigsten jedoch findet sich nicht der vollkommene Streifen, sondern bloß eine dreieckige Zone an der rechten Unterbauchgegend „appendix triangle of cutaneous tenderness", im Anfang sogar nicht selten bloß ein kreisförmiger hyperalgetischer Fleck um den Burney'schen Punkt. Bei günstigem Verlaufe der Appendizitis geht die Hyperalgesie nach und nach, immer mehr sich einengend, zurück. Manchmal ist die Hyperalgesie auch bilateral, in der Regel bei Erstanfällen. Bei Gangrän des Appendix findet sich niemals eine hyperästhetische Zone. Im Falle der fortschreitenden Besserung eines Kranken geht die Hyperalgesie gemeinsam mit den übrigen Symptomen zurück, selten persistiert sie bei primären Anfällen über den 6. bis 7. Tag hinaus. In Rezidiven, welche von Strikturen des Appendix nach dem ersten Anfall ausgelöst worden sind, kann die Hyperalgesie viel länger bestehen, ja alle anderen Symptome des Anfalles überdauern. Die Zone ändert ihren Platz nicht mit der Lage des Appendix, sie kommt auch niemals bei anderen Erkrankungen des Darmes vor. Nur die Zone bei Nierenkolik kann eventuell zu Täuschungen Anlaß geben, doch liegt sie in der Regel höher, ist ausgebreiteter

Digitized by Google

und neigt namentlich zur Ausdehnung auf das erste Lumbalsegment. Das Verschwinden einer hyperalgetischen appendizitischen Zone ohne Besserung des Kranken ist ein Zeichen der Perforation oder Gangrän des Appendix. Fälle, welche ohne die Zone erst zur Beobachtung gelangen, sind ebenfalls dringend für die Operation indiziert. In 20 Fällen von primärer Appendizitis, welche innerhalb der drei ersten Tage zur Beobachtung gelangten und keine Hyperalgesie zeigten, fand sich ausnahmslos Perforation oder Gangrän. In Rezidivanfällen ist dieses Symptom jedoch nicht so eindeutig, es kann hier Hyperalgesie auch ohne Perforation oder Gangrän fehlen. — (The Lancet. Sept. 1903.) E. S.

Ein für den Praktiker geeignetes Stuhlsieb gibt F. Schilling an, welches ohne den Wasserstrahl arbeitet, sondern die Dejekte in schonendster Weise in Wasser erweichen läßt und reinlicheres Arbeiten erlaubt. Nach 6 bis 8 Stunden ist Siebrückstand und Sediment geschieden und leicht zur Untersuchung zu benützen. — Münch. med. Wochenschr. 1903.) E. S.

d) Nervensystem.

Ueber den abdominalen Symptomenkomplex bei Erkrankungen des unteren Dorsalmarkes. Von Prof. H. Oppenheim.

Die Erkrankungen des unteren Dorsalmarks in der Höhe der 8. bis 11. oder 12. Dorsalwurzel erzeugen einen charakteristischen Komplex von Wurzel- und Marksymptomen. Besonders typisch ist derselbe bei Affektionen, die sich allmählich entwickeln, also bei Neubildungen: Schmerzen von unilateraler, radikulärer Verbreitung, Abschwächung oder Aufhebung der Reflexe der Abdominalmuskulatur der entsprechenden Seite, degenerative Parese der betreffenden Bauchmuskeln, Parästhesien und Anästhesien im Innervationsgebiet der 8. und 9., bezw. 10. und 11. Wurzel oder aller vier Wurzeln mit den entsprechenden spinalen Erscheinungen infolge der unvollkommenen Leitungsunterbrechung im unteren Dorsalmark.

Von diesen Symptomen gehen die Schmerzen und die Reflexstörungen meistens, die Zeichen der unilateralen Bauchmuskellähmung und radikulären Anästhesie häufig der Entwicklung des Brown-Séquard'schen Symptomenkomplexes voraus, von welchem in der Regel die kontralaterale Thermoanästhesie häufig die erste Erscheinung ist, doch kann ihr die homolaterale Parese, resp. Spasmus vorausgehen. Der Uebergang des hemilateralen in den bilateralen Symptomenkomplex durch Gürtelgefühl, bilaterale Areflexie, Anästhesie, bilaterale Bauchmuskellähmung, Meteorismus, Paraplegie ist ebenfalls charakteristisch.

Bei der diagnostischen Bewertung dieser Erscheinungen ist jedoch in Erwägung zu ziehen, daß die einfache oder spastische nicht atrophische Lähmung der Bauchmuskeln durch oberhalb der entsprechenden Kerngebiete sich verbreitende Erkrankungen hervorgebracht werden kann, daß geringe Differenzen in der Kraft der beiderseitigen Bauchmuskeln zuweilen auch bei Gesunden, namentlich aber bei intraabdominellen Erkrankungen vorkommen, daß auch Schädigungen der vorderen Wurzeln der unteren Dorsalsegmente degenerative Atrophie der Bauchmuskeln erzeugen, daß die Bauchreflexe selbst zu den inkonstanten Reflexerscheinungen gehören, daß ferner auch höher gelegene Erkrankungen des Rückenmarks, namentlich solche mit totaler Leitungsunterbrechung einen Ausfall dieser Reflexe bedingen können. — (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XXIV. 5. u. 6.) E. S.

Wirbelsäulen- und Rückenmarksverletzungen. Von Dr. Fürnrohr.

Bezüglich der Segmentdiagnose am Rückenmark weicht nach den Ergebnissen einiger Eigenbeobachtungen der Vf. von dem üblichen Schema ab. Nicht nur die Zonen der segmentalen Sensibilität, sondern auch die Angaben über die Segmente für die einzelnen Muskeln wechseln in der einschlägigen Literatur in besonderer Weise. Nach Fs. Fällen muß man den M. Sartorius in das 2. Lumbalsegment, nicht, wie es gewöhnlich geschieht, in das 3. oder gar 1. verlegen.

Digitized by Google

Von der Adduktorengruppe gehören Adductor longus et brevis, Pectineus und Gracilis hauptsächlich dem 2. Lumbalsegmente, die anderen jedenfalls tieferen Segmenten an. Der Ileopsoas wird gewöhnlich sehr hoch (1. bis 2. Lumbalsegment) angesetzt, doch ist er nach zwei Beobachtungen Vfs., in welchen der 11. und 12. Brustwirbel frakturiert waren und absolut keine willkürliche Kontraktion dieses Muskels einzulösen war, ein tieferer Ursprung, etwa 3. Lumbalsegment, anzunehmen. Für den Extensor quadriceps cruris muß F. sich den geltenden Ansichten, daß das 2. bis 4. Lumbalsegment sich an dessen Innervation beteiligen, anschließen. Der Tensor fasciae latae ist ins 4. Lumbalsegment zu verweisen. Von den Beugern des Unterschenkels sind Semimembranosus und Semitendinosus dem 4., der Biceps femor. dem 5. Lumbalsegment als Hauptsegment zuzurechnen, in welch letzteres Segment auch der Tibialis anticus fällt. Auch die Glutaei sind nach drei Beobachtungen Vfs. im 5. Lumbalsegment, der Gl. max. noch im 1. Sakralsegment vertreten. Die Peronäalmuskulatur gehört ebenfalls den letztgenannten Segmenten zu. — (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XXIV., 1., 2.) E. S.

Infantile und juvenile Tabes. Von Otto Marburg.

Ein aus sicher nicht syphilitischer Familie stammender 10 Jahre alter Knabe hatte durch seine Amme Syphilis akquiriert. Vor 2 Jahren trat Verschlechterung des Sehens und Anisocorie auf. Bei der Untersuchung wurde Blässe der rechten Papille, eine starre rechte und eine träge reagierende linke Pupille gefunden; es bestand Westphalsches und Rombergsches Phaenomen bei intakter Intelligenz. Der Verlauf machte den Eindruck eines fortschreitenden Prozesses.

Eine Zusammenstellung von 34 Fällen infantiler und juveniler Tabes läßt eine kritische Sichtung der wichtigsten diagnostischen Einzelheiten möglich erscheinen. Im Vergleich zur Tabes der Erwachsenen springt eine Umkehrung der Beteiligung der Geschlechter ins Auge (19 weibliche gegen 15 männliche Individuen). In 22 Fällen ist hereditäre, in 4 erworbene Lues erwiesen, nur in 2 einwandsfreien Fällen erscheint Syphilis mit Sicherheit ausgeschlossen. Für eine Gruppe von Fällen, in denen Tabes oder Paralyse der Eltern angegeben ist, wäre das Moment der ererbten neuropatischen Disposition als unterstützender Faktor von Geltung. Das Moment überstandener Infektionskrankheiten hat als wichtige Gelegenheitsursache für die Entwicklung der Tabes luetischer Kinder Bedeutung. Die Pubertaet spielt in der Aetiologie der Tabes keine große Rolle.

Die kürzeste Frist von der Luesinfektion bis zum Ausbruch der Tabes — 6 Jahre — zeigt Autors Fall, während die kürzeste bei heriditärer Lues 5 Jahre ist. In 5 Fällen findet sich initialer Kopfschmerz, in 24 Sensibilitätsstörungen, in 25 Argyll-Robertson, in 27 Westphal, in fast $^3/_4$ der Fälle das Rombergsche Phänomen. Mehr als ein Drittel der Fälle kindlicher Tabes zeigt Opticusatrophie. Neben der initialen Sehnervenatrophie gilt die Blasenstörung als Frühsymptom, sie wird 20mal, darunter 7mal als initial erwähnt. Die Aehnlichkeit der Erscheinungen zwischen tabischen Blasenstörungen und gewöhnlicher Enuresis nocturna kann diagnostische Schwierigkeiten bieten. Krisen und trophische Störungen finden sich in einer der bei Erwachsenen vorkommenden Häufigkeit gleichkommenden Zahl. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1903.) Nrth.

Die meningealen Reaktionen beim Kind. Von René Monod.

Auf Grund einer kleinen Kasuistik kommt Autor zu folgenden Schlüssen:

Man stößt oft bei Kindern im Verlauf verschiedener Infektionskrankheiten auf meningeale Symptome, die lange Zeit unter die Pseudomeningitiden eingereiht worden sind. Diese Pseudomeningitiden sind tatsächlich Meningitiden im Beginn. Von der serösen, toxischen Meningitis mit sterilem Ergusse bis zur eitrigen infektiösen kann man alle Uebergangsstadien treffen.

Digitized by Google

Diese klinischen Symptome werden durch unbedeutende Läsionen der nervösen Zentren hervorgerufen. Konstante Veränderungen des Liquor cerebrospinalis erlauben jedoch eine Differentialdiagnose. Um Konfusionen zu vermeiden, empfiehlt es sich, dem Terminus des Meningismus für hysterische meningitisähnliche Zufälle zu reservieren.

Das Epitheton der Meningitis serosa eignet sich nicht für die erwähnten Variationen der meningealen Entzündung. Die seröse Meningitis kann nicht als umschriebener Krankheitsbegriff gelten, denn alle Varietäten (M. acuta, M. cerebrospinalisepid., M. tuberculosa) können sich ohne Aenderung der normalen Färbung der Flüssigkeit entwickeln. Die Symptomatologie dieser Meningitiden im Beginn variiert nach dem Alter der Patienten; die beim Säugling wenig akzentuierten Symptome werden mit fortschreitendem Alter deutlicher.

Die Differentialdiagnose der verschiedenen Meningitiden kann auf klinischem Wege erbracht werden. Die Lumbalpunktion liefert zur Kontrolle reichliche Anhaltspunkte, speziell vom Standpunkt der Pathogenese (Anwesenheit pathogener Keime). Die Prognose ist immer ernst, doch ist erwiesen, daß jede Meningitis auch ausheilen kann.

Die Therapie kann Nutzen bringen. Methodische Entleerungen des Liquor cerebrospinalis bringen in der Mehrzahl der Fälle eine Besserung der Symptome, die groß genug ist, um Versuche mit der Lumbalpunktion zu empfehlen. Nrth.

Die Diagnose der tuberkulösen Meningitis im Kindesalter. Von Paul Percheron.

Beobachtungen an 36 Fällen haben folgende Resultate ergeben: Die klinische Untersuchung reicht oft zur sicheren Diagnose der tuberkulosen Meningitis, besonders in deren Anfangsstadien nicht hin. Die Lumbalpunktion ergibt sehr wertvolle Momente für die Diagnose; sie kann den absoluten Beweis der Meningealtuberkulose liefern. Die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis muß möglichst erschöpfend vorgenommen werden.

Nur der Nachweis des Koch'schen Bazillus gibt eine zweifellose Sicherheit der Diagnose. Durch den Tierversuch oder das Kulturverfahren erhält man fast konstante, doch späte Resultate, diese Verfahren sind daher für die Praxis wenig brauchbar. Durch direktes Aufsuchen der Bazillen kommt man selten zum Ziele, besonders in den ersten Stadien.

Die meisten physikalischen und chemischen Charaktere liefern sehr wichtige diagnostische Einzelheiten, die jedoch an Wert den cytologischen Ergebnissen nachstehen. Die Cytodiagnostik beruht auf einem einfachen und raschen Verfahren. Diese Methode in Parallele mit der klinischen Untersuchnng gibt eine sichere Differenzialdiagnose zwischen tuberkulösen und nicht tuberkulösen Menningitiden. Doch sind zwei Irrtumsquellen nicht außer acht zu lassen. Die Polynukleose der Zerebrospinalflüssigkeit findet sich (selten) bei der tuberkulosen Meningitis, im allgemeinen ergibt aber die mikroskopische Untersuchung gleichzeitig die Anwesenheit zahlreicher Tuberkelbazillen, und ein Irrtum ist so leicht auszuschließen.

Die für tuberkulöse Meningitis charakteristische Lymphozytose findet sich manchmal auch bei fehlender tuberkuloser Meningitis, wo die klinische Untersuchung ebenfalls an diese Affektion denken läßt. Diese Koinzidenz ergibt in solchen Fällen ein unlösbares Problem, doch sind solche Situationen selten.

Im allgemeinen kann man sagen, daß, wenn die Lumbalpunktion auch nicht alle Schwierigkeiten der klinischen Diagnose der tuberkulösen Meningitis beseitigt, sie doch die Fälle, in denen die Diagnose dieser Affektion unlösbar erscheint, sehr einengt. — (Thèse de Paris, 1903.) Nrth.

Akuter Verwirrungszustand auf syphilitischer Grundlage. Von Henry Marcus, Stockholm.

Der kausale Zusammenhang zwischen Formen der Psychosen und der Lues sind schon seit langer Zeit bekannt. Doch hat sich die Forschung der letzten Jahre zum

Digitized by Google

größten Teile mit den kausalen Beziehungen zwischen Syphilis und der progressiven paralytischen Demenz beschäftigt. Bevor noch diese letztere Erkrankungsform als eigenes Krankheitsbild beschrieben war, haben verschiedene Forscher die Vermutung ausgesprochen, daß gewisse psychische Störungen von syphilitischen Prozessen hervorgerufen werden. In der deutschen Literatur war es Erlenmeyer, unter den Franzosen Fournier, welche die syphilitischen Psychosen als Folgeerscheinungen der Gehirnsyphilis zum Gegenstand ihrer besonderen Studien gemacht haben; letzterer macht auf die Wichtigkeit der Diagnose namentlich in denjenigen Formen aufmerksam, wo sonstige Gehirnsymptome motorischer oder sensibler Natur fehlen und wo doch die antiluetische Behandlung als einzig rettendes Mittel zur Heilung, bezw. Besserung führen kann.

Die psychischen Störungen, welche als Folge der Syphilis auftreten, entsprechen dem Bilde, welches Meynert als Amentia beschreibt. Es besteht hiebei hochgradiger Verwirrungszustand mit vollständiger Desorientiertheit in Bezug auf Raum und Zeit, mit schreckhaften Gesichts-, Gehörs- und Geruchshallunzinationen. Seitdem Meynert die Formen der Amentia genau beschrieben und von reiner Manie differenziert hat, haben die verschiedensten Autoren diesen Zustand als öftere Folge von Gehirnsyphilis bezeichnet, und es wurden hiebei nicht selten Herdsymptome beschrieben, welche auf organische Störungen des Gehirnes und der Meningen hingewiesen haben und bei jeweiligen Obduktionen auch gefunden worden sind. Die Fälle verlaufen in einem Zeitraume mehrerer Wochen und führen unter energischer antiluetischer Behandlung zur vollen Genesung, doch treten nicht selten Rezidiven oder Prodrome derselben in kürzeren oder längeren Zwischenräumen auf, welche ebenfalls von einer Hg- oder Jodkalibehandlung günstig beeinflußt werden, nachdem andere Behandlungsmethoden nicht zum Ziele führen. M. beobachtete innerhalb der letzten Jahre in der ihm unterstehenden Irrenanstalt Solna sjukhem 11 Fälle solcher akuter Verwirrungszustände, welche bei 10 Männern und einer Frau auftraten, nachdem dieselben 1—18 Jahre zuvor syphilitisch infiziert wurden und die ursprüngliche Erkrankung mehr oder weniger oft und radikal behandelt worden ist.

Die Fälle, deren eingehende Krankengeschichten im Original nachgesehen werden müssen, zeigen das übereinstimmende Bild der Amenz, haben zumeist ein kurzes prodromales Stadium mit Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, doch die psychischen Störungen traten gewöhnlich in ihrer ganzen Stärke ganz plötzlich auf und auf eine energische antiluetische Behandlung durch Inunktionen, Injektionen oder Säckchenbehandlung trat in entsprechender Zeit Heilung ein, welche bei einzelnen Personen dauernd blieb, bei anderen traten gleiche Zustände wieder auf, doch gingen sie bei entsprechender Therapie wieder zurück. Die meisten Fälle boten deutliche paretische Zustände der Gesichts- oder Rumpfmuskulatur dar, doch waren dieselben eher spastische Paresen, zum Unterschied der Paresen bei progressiver Paralyse. Eine Abnahme der psychischen Kräfte wurde nie beobachtet, als ebenfalls wichtiges Differenzialsymptom von der progressiven Demenz. Ein Fall führte zur Obduktion; derselbe betraf einen 38 Jahre alten Studenten, welcher, wie alle anderen Fälle, hereditär ganz einwandfrei und vor 19 Jahren syphilitisch infiziert wurde. Die Krankheit brach plötzlich am 4. September 1902 aus. Patient war nach einem kurzen Unwohlsein sofort bedeutend verwirrt, delirierend, es traten Paresen der Augenmuskeln, der unteren Extremität und Blase auf. Zunehmende Verschlechterung des Atmens und Pulses und trotz sofort eingeleiteter Jodkalibehandlung starb der Kranke an Kollaps am 11. September nach siebentägiger Krankheit. Die Obduktion zeigte das Bild einer typischen, begrenzten, durch Syphilis bedingten Basalmeningitis mit meningomyelitischen Veränderungen an verschiedenen Stellen des Rückenmarkes. — (Hygiea, H. 6 u. 7, Stockholm 1903.)

Klemperer, Karlsbad.

Digitized by Google

Ein Pulsphänomen bei Neurasthenie. Vorläufige Mitteilung von Dr. B. Buxbaum.

Läßt man den Patienten tief inspirieren, so beobachtet man eine auf der Höhe der Inspiration einsetzende Pulsverlangsamung, welche dann noch in der Exspirationsphase sehr deutlich, oft noch deutlicher als auf der Höhe der Inspiration, wahrnehmbar ist.

(Die differentialdiagnostische Bedeutung dieses Phänomens hat B. namentlich an Patienten erprobt, bei welchen eine beginnende progressive Paralyse oder Myodegeneratio cordis unter dem Bilde einer Angstneurose leicht zu Verwechslungen mit Neurasthenie Veranlassung geben kann. Ebenso bei Erkrankungen der männlichen Sexualorgane, bei welchen man eine funktionelle Störung so leicht auf Neurasthenie zurückzuführen geneigt ist.)

Die Pulsverlangsamung ist um so deutlicher, je größer die Pulsfrequenz vor dem Versuche war.

Wenn durch eine körperliche Aktion eine Beschleunigung der Herztätigkeit hervorgerufen wurde, tritt das Pulsphänomen um so deutlicher hervor, je größer die durch die körperliche Aktion bewirkte Beschleunigung war.

Physische Erregungen beschleunigen die Herzaktion, ebenso wie geistige Ueberanstrengung. Und auch die Verlangsamung der Pulsfrequenz tritt hier in der Weise zutage, wie sie einer vorhergegangenen Beschleunigung entspricht.

Sexuelle Erregungen, welche die neurasthenischen Symptome zu steigern geeignet sind, wie Coitus interruptus, begünstigen das Auftreten des genannten Symptoms. Ebenso toxische Einflüsse, Nikotin, Alkohol etc.

Geeignete therapeutische Eingriffe beeinflussen ganz bedeutend das Pulsphänomen.

Unter therapeutischen Eingriffen verstehen sich Vermeidung von Schädlichkeiten und aktive Therapie: geistige und körperliche Ruhe, Vermeidung von Exzessen und toxischen Einwirkungen, hydriatische Prozeduren, welche eine Beruhigung im Gesamtnervensystem, eine Verlangsamung und Kräftigung der Herzaktion vom Zentralnervensystem aus bewirken.

Mit dem Eintritte einer Besserung des subjektiven Befindens schwindet auch das Pulsphänomen. — (Blätter f. klin. Hydrotherapie Nr. 10, 1903.) E. S.

e) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Ueber ein Typhusdiagnostikum. Von Dr. M. Ficker.

Die so wichtige Gruber-Widal'sche Reaktion bietet ihrer Anwendung in der allgemeinen Praxis gewisse Schwierigkeiten. Soll die Reaktion handlicher gemacht werden, so muß die Verwendung lebender Typhuskulturen umgangen werden, es muß ein zur Anstellung der Reaktion dienendes von lebenden Bazillen freies, haltbares Präparat verwendet werden können, welches nicht zur spontanen Klärung neigt. Die Reaktion muß mit dem bloßen Auge sichtbar bei Zimmertemperatur verlaufen und völlig eindeutig enden, ohne daß fortlaufende Beobachtung notwendig ist. F. ist es gelungen, eine solche, die lebende Typhuskultur ersetzende Flüssigkeit zu erzielen, welche jedoch nur unter äußerst minutiöser Sorgfalt herzustellen ist und von Merck in Darmstadt bezogen werden kann. Das Reagens stellt eine leicht getrübte, sterile und haltbare Flüssigkeit dar. Die Ausführung der Reaktion geschieht in der Weise, daß in Spitzgläschen das zu prüfende verdünnte Serum zu verschiedenen Mengen von Diagnostikum zugesetzt wird (z. B. 0·2 cm^3 des zehnfach verdünnten Serums zu 0·8 Diagnostikum). Die verschlossenen Gläschen werden durch Schütteln gemischt und im Dunkeln bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Nach 10 bis 14 Stunden ist die Reaktion vollzogen. Die positive Reaktion gibt sich durch Klärung kund, und infolge der verwendeten Spitzgläschen ist auch die Zusammenballung der agglutinablen Stoffe des Präparats besonders deutlich. Die Reaktion ist ebenso sicher, wie die bisherige Widal'sche Reaktion mit Verwendung lebender Kulturen, es ist somit ermöglicht, die diagnostisch so wertvolle Reaktion in einfachster Weise auch

Digitized by Google

außerhalb des bakteriologischen Laboratoriums ohne weiteres Instrumentarium durchzuführen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45, 1903.) E. S.

f) Mundhöhle und Rachen.

Pharynxtuberkulose bei Kindern. Von Dr. P. Schoetz.

Vf. berichtet über zwei Fälle von Rachentuberkulose bei Kindern von acht und zehn Jahren und weist darauf hin, daß die Kasuistik dieser Erkrankung bei Kindern sehr spärlich ist. Der Ausgang war in allen Fällen letal und zwar meist schon nach wenigen Monaten. Bezüglich der Aetiologie meint Vf., daß man unter Umständen wohl geneigt sein möchte, von einer Primärtuberkulose des Pharynx zu sprechen, aber bei genauer Nachforschung darauf kommt, daß schon früher an anderen Stellen des Körpers allerlei Verdächtiges vorgegangen sei, so daß man das plötzliche Auftreten des Halsschmerzes auf eine Tuberkelaussaat auf dem Wege des Gefäßsystems zurückführen, also den Prozeß im Pharynx als eine Lokalisation allgemeiner Miliartuberkulose auffassen müsse.

Die Diagnose ist schwierig, sie wurde häufig zunächst auf Diphtherie gestellt oder allenfalls, wenn Lungenveränderungen nachweisbar waren, auf Diphtherie bei einem tuberkulösen Kinde. Der Verlauf wird aber bald Klarheit schaffen, eventuell die bakteriologische Untersuchung. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42, 1903.) Weil.

Syphilitischer Schanker der Tonsille. Von Dr. M. Perrin und Dr. A. Grosjean.

Ein Mann von 25 Jahren bekam im Halse rechts Schlingbeschwerden, die aach 14 Tagen sehr heftig wurden und nuf die linke Seite übergingen. Man fand am oberen Teile der rechten Mandel ein Geschwür in der Größe eines 50 Centimesstückes, mit vorspringenden harten, lebhaft roten Rändern und flachen, mit einem weißlichen, eitrigen, fest anhaftendem Belage bedeckten Grunde; der ganze Rachen und die linke Mandel lebhaft rot. Man vermutete ein gummöses Geschwür oder eher, da in der rechten Regio submaxillaris nicht die klassischen Drüsenpakete, wohl aber eine oder zwei geschwollene Drüsen zu finden waren, eine Angina Vincenti und machte eine mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des Belages, die vollkommen negativ ausfiel. Dieser Umstand erweckte Verdacht auf einen luetischen Primäraffekt und Patient, der sich inzwischen der Behandlung entzogen hatte, kam in der Tat vier Monate später mit ausgedehnten sekundären Affektionen wieder. Hier hat also das negative Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung den Weg zur richtigen Diagnose gezeigt. — (Revue hebd. delaryng. etc. Nr. 30, 1903.) Weil.

Ueber die sogenannte „glatte Atrophie der Zungenwurzel" und ihr Verhältnis zur Syphilis. Von Fr. Lesser.

L. hat die von Lewin und Heller ausgeführten Untersuchungen an dem Obduktionsmaterial des Krankenhauses „Moabit" neuerdings wieder aufgenommen, weil sie ihm nach mancherlei Richtung hin der Korrektur bedürftig erschienen. Zunächst legt er bezüglich der Diagnose „glatte Atrophie" mit Langerhans auf die veränderte derbere Konsistenz der Zungenwurzel Gewicht, denn bei dem pathologischen Prozeß der sogenannten Atrophia laevis sei die Verdichtung des adenoiden Gewebes das Primäre und die Atrophie der Drüsen sei bloß die Folge der im Gewebe eintretenden Induration, er möchte daher auch lieber die Bezeichnung Glossitis laevis (posterior), glatte Zungeninduration, wählen. Gerade diese durch Palpation zu konstatierende Veränderung des Zungengrundes hält er für viel wichtiger, als die (in vivo) durch den Kehlkopfspiegel zu eruierende Glätte. Bei 166 Fällen von Glossitis laevis war in 73, d. h. 44% anatomisch Syphilis sichergestellt worden, und zwar in 23 Fällen durch Vorhandensein von Narben an den Geschlechtsteilen und an der Mundschleimhaut, in 31 Fällen fanden sich interstitielle Entzündungen innerer Organe, die als Vorstufen für Gummen angesehen werden können.

Digitized by Google

Gestützt auf diese 44% ist nach Anschauung L.s der Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen außer Zweifel. Dagegen kann wohl nicht entschieden werden, ob die glatte Zunge in allen Fällen ohne Ausnahme eine frühere Syphilisinfektion zur Voraussetzung hat. Sicher aber läßt die Bildung von ausgesprochen strahligen Narben am Zungengrund immer die Syphilisbasis annehmen. Das Geschlecht und damit Alkohol und Tabak geben kein prädisponierendes Moment ab, da sicherlich kein Ueberwiegen der Männer konstatiert werden konnte. Interessant ist, daß sich in sehr vielen Fällen von anatomisch festgestellter Syphilis keine Glossitis laevis findet (bloß in 21·6%). L. meint daher, daß sich die Glossitis laevis noch später entwickle, als die sogenannten tertiär-syphilitischen Affektionen, sie könnte daher nicht unzutreffend als quartäre Erscheinung der Syphilis bezeichnet werden. Die Schlüsse Seiferts u. a., die auf Grund der klinischen Beobachtungen einen Zusammenhang zwischen Syphilis und glatter Zungenatrophie in Abrede stellen, hält er eben wegen des besonders späten Auftretens der Erscheinungen für nicht berechtigt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45, 1903.)

Deutsch.

g) Kehlkopf und Nase.

Arthritis cricoarytaenoidea rheumatica et gonorrhoica. Von Dr. Egmont Baumgarten.

Entzündungen des Cricoarytänoidgelenkes können aus denselben Ursachen entstehen, wie die irgend eines anderen Gelenkes, namentlich als rheumatische Erkrankung. Wir können sie aus den subjektiven Symptomen und den um das Gelenk herum sichtbaren Veränderungen diagnostizieren. Wir finden Heiserkeit, Schmerzen beim Schlucken und namentlich beim Sprechen, Fieber, Schwellung und Rötung der Umgebung des Aryknorpels, besonders des Taschenbandes und der aryepiglottischen Falte. Häufig ist beträchtliche Dyspnoe vorhanden, es kann sogar die Tracheotomie in Frage kommen, besonders bei doppelseitiger Entzündung. Diese kommt im Verhältnis zur einseitigen ziemlich oft vor; daß aber die Entzündung erst eine und später die andere Seite ergriffen hätte, wurde bisher nirgends berichtet. Die Entzündungserscheinungen vergehen ebenso rasch, als sie entstehen, die Behinderung der Beweglichkeit des betreffenden Gelenkes besteht aber noch längere Zeit, verschwindet jedoch fast immer wieder; doch ist es nicht unmöglich, daß auch einmal eine Ankylose des Gelenkes zurückbleiben kann.

Der Hauptbeweis für die rheumatische Natur der Entzündung wird sich im einzelnen Falle dadurch ergeben, daß gleichzeitig oder früher, manchmal aber erst später auch an anderen Gelenken die Affektion sich einstellt. Tritt sie am Kehlkopf allein oder zuerst auf, dann können wir häufig die richtige Diagnose nicht sofort stellen, da die Erscheinungen mit denen bei der beginnenden akuten Perichondritis große Aehnlichkeit haben. Sehr rascher Rückgang der Erscheinungen wird hier auf die richtige Spur führen. (Häufig kann man nach Verabreichung von Salizylpräparaten die Diagnose ex juvantibus bestätigt finden. Ref.).

B. bespricht dann noch zwei Fälle anderer Autoren, die von diesen selbst anders gedeutet wurden, die B. aber als Arthritis cricoarytaenoidea gonorrhoica ansprechen zu müssen glaubt, da bei beiden Gonorrhöe und Erkrankungen anderer Gelenke vorhanden waren. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 42, 1903.) Weil.

Ueber einen Todesfall durch das sogenannte akute umschriebene Oedem (Quincke'sche Krankheit). Von Dr. Ernst Sträußler.

Das akute umschriebene Oedem ist nicht gar so selten, als man zu glauben geneigt ist. Dieses Krankheitsbild wurde ja erst 1882 durch Quincke scharf charakterisiert und die Monographie von Cassirer 1901 stellt schon 164 Fälle zusammen, darunter nur zwei Todesfälle; denn ein ungünstiger Ausgang der Erkrankung kann wohl nur durch Erstickung eintreten und zwar bei un-

Digitized by Google

gewöhnlich raschem und heftigem Auftreten des Schleimhautödems im Larynx und Mangel sofortiger ärztlicher Hilfe. Einen solchen Fall bespricht St. Ein 23jähriger Soldat erwachte um Mitternacht mit heftiger Dyspnoe und wurde einige Augenblicke darnach bewußtlos; schleunigste Tracheotomie und mehrstündige künstliche Atmung blieben ohne Erfolg. Bei der Sektion fand man hochgradiges Oedem der ganzen Schleimhaut im Rachen und Kehlkopf, der Muskulatur und des Zellgewebes am Halse, um den Pharynx und im Mediastinum. Patient war schon zweimal wegen ödematöser Schwellung am Skrotum und Penis ohne bekannte Veranlassung (keine Entzündungserscheinungen, keine Albuminurie) in Behandlung gewesen. Höchst interessant ist die Angabe, daß der Vater und ein Bruder des Patienten ohne Krankheit, angeblich nach Verkühlung, plötzlich durch Erstickung zugrunde gegangen sind; Vererbung des Leidens, selbst durch mehrere Generationen hindurch, ist mehrfach beobachtet worden. Bei Kranken, die an akutem Oedem leiden, wird man also auf den Zustand der oberen Luftwege besonders sorgfältig achten müssen. (Prag. med. Wochenschr. Nr. 46, 1903.) Weil.

h) Weibliches Genitale.

Untersuchungen über den Schmerzsinn während der Geburt und des Wochenbettes. Von N. N. Schippow.

Vf. hat 149 diesbezügliche Untersuchungen an 50 Frauen mittels des Bechterew'schen Algesimeters angestellt und wurde der Schmerzsinn im Geburtsverlauf während der Wehenpause immer an 5 bestimmten Stellen untersucht. Gleichzeitig wurde der Schmerzsinn bei 19 gesunden Frauen untersucht. Vf. kam zu folgenden Schlüssen: 1. Die Gravidität mit einem Mädchen oder Knaben hat auf die Erhaltung des Schmerzes keine besondere Wirkung. 2. Es scheint auch keine Wirkung auf den Schmerzsinn zu haben, ob sie zum erstenmale oder wiederholt geboren hat. 3. Die Dauer der Geburt hat keine Wirkung auf den Schmerzsinn. 4. Eine Körperseite fühlt gewöhnlich besser als die andere. 5. Bei vielen Frauen ist der Schmerzsinn während der Geburt und des Wochenbettes periodischen Schwankungen ausgesetzt. 6. Jene Körperstellen, welche die schwachen Einstiche schlechter fühlen, empfinden auch die tiefen viel schwächer. 7. Frauen, welche bei tiefen Einstichen keine Schmerzen empfinden, fühlen jedoch das Einführen eines fremden Gegenstandes in ihren Körper. 8. Frauen, bei welchen der Schmerzsinn am meisten erhalten war, hatten auch während und nach der Geburt starke Schmerzen. 9. Heftiges Schreien während der Geburt entspricht nicht der Stärke der Schmerzen. Im Gegenteil, Frauen, welche laut schreien, empfinden oft schwache Schmerzen und umgekehrt. 10. Es werden starke individuelle Schwankungen von voller Erhaltung des Schmersinnes bis zur vollständigen Anästhesie beobachtet. — (Journ. akuscherstwa ishensk. bolesney Nr. 3, 1901.)

Königstein.

Ueber ein Fibromyom des rechten Ligamentum rotundum. Von J. Bärmann.

Vf. berichtet über eine 52jährige Frau, die ein Jahr vor ihrer Vorstellung beim Arzt eine Hervorwölbung der rechten Bauchgegend bemerkte. Bei der Untersuchung findet man einen rechtsseitigen, fast mannskopfgroßen, ziemlich verschieblichen derben Tumor, links davon den etwa faustgroßen Uterus. Bei Bewegungen des Tumors geht der Uterus mit, doch ist Uterus und Tumor deutlich getrennt zu tasten. Die Diagnose lautet: Gestieltes, subseröses Uterusmyom oder solider Ovarialtumor. Bei der Operation zeigt sich, daß der Tumor vom rechten Ligament. rotund. ausgeht. Das Gewicht desselben betrug 1300 g. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Fibromyom. — (Inaug.-Dissertat., München 1901.)

Königstein.

Fibrom des Ligamentum latum. Von A. Pollosson.

Vf. berichtet über eine 35jährige Frau, die seit 10 Jahren steril verheiratet ist.

Digitized by Google

Menses waren immer regelmäßig. Seit 5 Jahren bestehen Schmerzen im Becken, zeitweise Retentio urinae und Kompression des Mastdarmes. Ueber der Symphyse ist eine Geschwulst zu tasten, die bis ins Becken reicht, dasselbe fast zur Gänze ausfüllend. Bei der innerlichen Untersuchung ergab sich ein vollkommenes Verstrichensein des hinteren Scheidengewölbes, der Douglas tief herabgedrängt. Ein Zusammenhang des Uterus mit der Geschwulst war nicht mit Sicherheit zu konstatieren. Bei der Eröffnung des Abdomens findet man die Blase hoch hinaufgezogen, der Uterus ist vollkommen nach rechts disloziert und stark mit Därmen verwachsen. Im linken Ligament. lat. sitzt der Tumor, der nach Spaltung des darüber befindlichen Peritoneums ausgeschält wird. Drainage nach der Scheide und Schließung des Peritoneums. — (Lyon méd. 1901.)

Königstein.

i) Haut.

Ueber Lupus vulgaris. Von Dr. W. Schiele.

Vertraut mit der Pathogenese und Symptomatologie des Lupus unternimmt es der Verfasser 50 Fälle der Klinik Petersen (Kalinkinhospital in St. Petersburg) entsprechend dem heutigen Stande der Tuberkulosefrage zu analysieren. In diesen 50 Beobachtungen war das Hautübel 10mal mit Lungentuberkulose (20%), 2mal mit Gelenktuberkulose (4%), 1mal mit Darmtuberkulose (2%), 22mal mit Drüsentuberkulose (44%) vergesellschaftet. Frei von Tuberkulose anderer Organe waren nur 15 Patienten (30%). Es ist das ein Zahlenverhältnis, das sich annähernd auch aus den Statistiken anderer Autoren ergibt, so vermochten Leloir in 31%, Renouard in 50%, Haslund in 60% und Block in 79% ihrer Fälle Hauttuberkulose und Tuberkulose anderer Organe gleichzeitig nachzuweisen. Die Phthise, die früher bei Lupus besonders nach Kaposi für selten galt, erweist sich in Wirklichkeit als recht häufig, Demme gibt 18% Besnier 21% an. Als überraschend stellt Verfasser die Häufigkeit hin, mit welcher ein Uebergreifen des Gesichtslupus auf die Gingiven zu verfolgen ist (in 30% v. Fälle). Dieses Fortschreiten in der Kontinuität auf die Schleimhäute gehört mit zu den bestgekannten Eigenheiten der fressenden Flechte und bedarf in einer Fachzeitschrift kaum der Hervorhebung. Von sonstigen alten Erfahrungen finden die primäre Lokalisation an unbedeckten Körperteilen, die Prädilektion der Nase zur Erkrankung das Vorkommen von Temperatursteigerungen etc. in den Untersuchungen Sch.'s neuerlich ihre Bestätigung. — (Arch. f. Derm. u. Syph. LXVII., Heft 3). N.

Ueber Koilonychia und Platyonychia hereditaria. Von Doz. Er. L. Waelsch.

Unter der Bezeichnung „Spoon-Nails" (Löffelnägel) hat Crocker eine Nagelanomalie beschrieben, die ihrem Wesen nach sich mit der von Heller als „Koilonychie" (Hohlnägel) beschriebenen Veränderung deckt und als eine konkave Vertiefung der verdünnten, gerieften, unregelmäßig gekerbten, vielfach eingerissenen Nagelplatten definiert werden kann. Die Farbe der Nägel erleidet häufig auch eine Veränderung, indem dieselben nicht wie normal rosarot, sondern im Grunde der Vertiefung merklich gefärbt sind, an den Rändern der Aushöhlung aber, infolge Eindringen von Verunreinigungen in die aufgefaßte Nagelsubstanz schmutzig-grauschwarz erscheinen.

Diese bisher nur sporadisch beschriebene Nagelerkrankung hat W. in drei Generationen, bei dem Großvater, einem Teile seiner Kinder und bei zwei Enkelkindern zu beobachten Gelegenheit gehabt. In allen Fällen wurde der Prozeß als angeboren und vererbt bezeichnet. Es handelt sich hier um die Vererbung einer familiären Eigentümlichkeit, die vielleicht noch durch mechanische Einflüsse eine stärkere Ausprägung erfahren hat. Für die gewöhnlich beobachtete Form der erworbenen echten Koilonychie (ohne Erkrankung des Nagelbettes oder Nagelfalzes), die meist bei weiblichen

Digitized by Google

Personen zu beobachten ist, wird vielfach die Beschäftigung, das Einwirken von Wasser, Seife? als Entstehungsursache geltend gemacht, doch glauben wir diesem Moment für sich allein kaum eine entscheidende ätiologische Bedeutung beimessen zu können. Auch hier wird es sich primär um tiefere Ernährungsstörungen handeln, die erst durch das Hinzutreten gewisser Irritamente die deutliche Ausprägung erfahren. — (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 67, H. 2, 1903.) N.

Beitrag zu den tuberkulösen Hauteruptionen. Von Dr. E. Bruusgaard.

Unter der Bezeichnung: „Erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa" bringt Verf. einen Fall der Klinik Boeck (Christiania) zur Mitteilung, der einerseits die unerschöpfliche Polymorphie der tuberkulösen Hautmanifestation illustriert, anderseits besonders geeignet erscheint zur Aufhellung der vielfach noch ganz dunklen Aetiologie der universellen schuppenden Erytheme beizutragen. Eine 63 Jahre alte verheiratete Frau zeigte bei der Aufnahme diffus blaurötliche Färbung und Infiltration der gesamten Hautdecke, ferner kleienförmige und lamellöse Abschuppung. Haarwachstum spärlich. Kopfhaut schuppend. Sämtliche Nägel der Hände und Füße, ganz besonders die Fingernägel grauweiß, stark gewölbt, verdickt. Sämtliche faßbaren Lymphdrüsen stark geschwollen, zu größeren Paketen vereinigt. Blutbefund: 5,000.000 rote, 20.800 weiße Blutkörperchen, von diesen 50% polynukläre, 48% mononukläre Lymphozyten, der Rest eosinophile Zellen. Während der Beobachtung: Abstoßung der Nägel, Wechsel im Schwellungszustand der Haut und der Schuppung, abnorme Pigmentbildung an den Haarfollikeln des Stammes und der Extremitäten. Gegen Schluß der sechsmonatlichen Beobachtung: zunehmende Kachexie, beginnende Hautatrophie. Temperatursteigerung (38°—40°), Bronchopneumonie (doppelseitig), Exitus.

Systematische Harnanalysen ergaben ein herabgesetztes Quantum (1000 cm³, 500 cm³), sowie eine bedeutende Abnahme der Harnstoffausscheidung.

Der Sektionsbefund ergab eine universelle Lymphdrüsentuberkulose; in den Zerfallsherden der Drüsen waren in großer Menge Tuberkelbazillen nachzuweisen. Die Milz und die Leber boten das Bild der Miliartuberkulose mit Riesenzellen. Bronchopneumonische Herde in den unteren Lungenlappen.

Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab in den verschiedensten Gebieten: typische Tuberkel mit Riesenzellen und Bazillen. Die Knötchen waren genau in dem Papillarkörper und dem Strat. subpapillare, außerdem gelegentlich auch im Haarfollikel lokalisiert.

Eine primäre universelle subakute Lymphdrüsentuberkulose hatte also in diesem Falle auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahn zu einer Einwanderung von Tuberkelbazillen in den Papillarkörper der Haut geführt und im Integument eine spezifische, unter dem Bilde der exfolizierenden Erythrodermie verlaufende Entzündung provoziert. — (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 67, H. 2.) N.

Ueber sykosiforme Karzinose der Kopfhaut. Von Ch. Audry.

Bei einer 62jährigen Patientin trat als erste Erscheinung ein nässendes Knötchen hinter dem Ohre auf, das später zu zerfallen begann. In den nächsten Monaten gesellten sich ähnliche Tumoren in großer Zahl hinzu, die, an der Kopfhaut sitzend, zu Haarausfall führten. Die Knoten, die später auch die Stirne und den Hals einnahmen, waren weiß, fast durchscheinend und dick in infiltrierte, harte Haut eingebettet. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein primäres Karzinom der behaarten Kopfhaut mit Verbreitung der Karzinose auf dem Wege der oberflächlichen Lymphbahnen nach dem Halse und der Stirne. — (Journ. d. mal. cut. u. syph. Febr. 1903.) N.

Digitized by Google

Zur Kenntnis der Leukonychie. Von Dr. Th. Brauns.

Neben den häufigen Formen der strich- und fleckförmigen Leukonychie, die unter dem Namen der „Mendacia" und „Flores unguium" geläufig sind, zählt die totale Weißfärbung der Nägel zu den größten Seltenheiten. Eine einschlägige, von Riehl in der Wien. derm. Ges. (14. Jänner 1903) demonstrierte Wahrnehmung bringt B. zur Mitteilung. Ein früher stets gesundes junges Mädchen erfror sich die Hände im Winter 1901; hiedurch entstandene Beulen heilten auf Salbenapplikation. Im Anschluß an die Erfrierung entwickelt sich eine Oberhautverdickung an beiden Handtellern. Seit zwei Monaten fällt der Kranken das vom Grunde gegen die Fingerkuppe fortschreitende Weißwerden der Nägel auf. Die Streckseiten der Hände sind cyanotisch verfärbt und fühlen sich kalt an. Mit Ausnahme des rechten Daumennagels zeigen alle Nägel, an Stelle der Lunula, eine bläulich-weiße Verfärbung, die sich von hier aus bis auf zwei Drittel des ganzen Nagels mit konvexer Begrenzung vorschiebt. Außerdem finden sich am distalen rosagefärbten Nagelsaum kreideweiß schimmernde, bandförmige Streifen.

Die mikroskopische Untersuchung abgekappter Nagelsäume ergab gleichlautend mit den Befunden von Josef Heidingsfeld und anderen, einen abnormen Luftgehalt sowie Parakeratose (deutliche Kerntinktion mit Hämalaun) an den alterierten Bezirken. Die Ursachen der Ernährungsstörung dürften im vorliegenden Falle in der vorangegangenen Erfrierung gleichwie an einer gewissen Disposition der Kranken zu suchen sein, welch letztere in dem Vorhandensein einer Ichthyosis simplex mäßigen Grades gegeben erscheint. Die Erfrierung als veranlassendes Moment konnte Riehl auch in drei früheren Beobachtungen eruieren. Anderseits findet sich die Hyperkeratose — die durch die hinzutretende Ernährungstörung eine Umstellung erfährt — auch in den Fällen von Unna, Parkes Weber, Krieg u. a. vermerkt. — (Arch. f. Derm., Bd. 67, H. 1, 1903.) N.

k) Auge.

Hypotonie im Coma diabeticum. Von Dr. Heine.

Vf. hatte Gelegenheit, eine 25jährige Patientin zirka 15 Stunden nach Beginn des Coma, wenige Stunden vor dem Tode zu untersuchen und fand beide Bulbi hochgradig hypotonisch, was selbst noch an der Leiche auffiel, indem bei anderen Leichen die Augen dem tastenden Finger erheblich mehr Widerstand boten. 15 Stunden post mortem wurden die Bulbi enucleiert und, während die Augen unter ähnlichen Verhältnissen im 10% Formol gewöhnlich ihre ursprüngliche Form wieder gewinnen, so blieben diese kollabiert, was sich auch an dem welligen Verlaufe der Sclera im mikroskopischen Präparat erkennen ließ. Wenn auch Lues und Amblyopia congenita infolge Strabismus divergens vorhanden war, so ergab doch die ganze mikroskopische Untersuchung nichts, was die enorme Hypotonie hätte erklären können und will daher Heine diesem Symptom differentialdiagnostische Wichtigkeit zuschreiben. — (Königshöfer, Die Ophthalmol. Klin., VII. Jahrg., Nr. 19. Okt. 1903.)

Dr. Jänner.

Lympozytose der Zerebrospinalflüssigkeit und Augenaffektionen. Von Dr. De Lapersonne.

Vf. macht in einem in der französischen ophthalmologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag auf den Nutzen der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit für die ätiologische Diagnose einer gewissen Anzahl von frischen Läsionen sowohl des vorderen sowie des hinteren Augapfelabschnittes, auch wenn sonst Lues anamnestisch schwer nachzuweisen ist, aufmerksam und empfiehlt die Lumbalpunktion mit Untersuchung des liquor. cerebrospinalis (ob lymphozytär, ob polynukleär) auch bei anderen infektiösen Neuritiden (nach Rheumatismus, Grippe, Rötheln). Bei 17 vom Vf. gemachten Lumbalpunktionen (nach der Methode Widal, Sicard und Ravant) ergab sich 8mal positives, 9mal negatives Resultat, und zwar: 6mal bei Neuritis optica und

Digitized by Google

Chorioiditis luetica 3 positiv, 3 negativ, 4mal bei Iritis 3 positiv, 1 negativ, 3mal bei postneuritischer Atrophie negativ, 1mal bei Tumor cerebri negativ, 1mal bei Meningitis mit Neuritis positiv, 1mal bei Migraine ophthalmoplegique negativ, 1mal bei Okulomotorius-Lähmung positiv. Die Lumbalpunktion scheint ein völlig unschädlicher Eingriff zu sein, die Kranken müssen nach der Punktion mehrere Stunden mit tiefliegendem Kopfe liegen, da es sonst leicht zu Erbrechen und Kopfschmerzen kommt. Während bei den frischen Fällen deutliche Lymphozytose zu konstatieren ist, verschwindet dieselbe nach der Behandlung. — (Die Ophthalmol. Klinik, VII. Jahrg., Nr. 21, 1903.) Dr. Jänner.

Neue Arzneimittel und Rezeptformeln.

Cecropia Das alkoholische Fluidextrakt dieser amerikanischen Urticacee wird von Gilbert und Barnot anstatt Digitalis verwendet, vor welcher es den Vorzug geringerer Giftigkeit haben soll. Dosis: 30 Tropfen 4 bis 5mal täglich.

Antisclerosin sind Tabletten, von welchen zwei Stück 15 cm^3 Truneceks Serum und dem Salzgehalt von etwa 150 cm^3 Blutserum entsprechen. 25 Tabletten enthalten 10 g Natriumchlorid, 1 g Natriumsulfat, 0·4 Natriumkarbonat, 0·4 g Magnesiumphosphat, 0·3 g Natriumphosphat und 1 g Kalciumglyzerophosphat, Anwendung finden sie bei Verkalkung der Blutgefäße und Nervenleiden in Dosen von 2 bis 4 Stück täglich ein- bis zweimal.

Codeinum jodicum entsteht durch Einwirken von 2 Aequivalenten Jodwasserstoffsäure in der Wärme auf 1 Aequivalent Codein. Es bildet gelbliche, in 60 T. kaltem, in 3 T. heißem Wasser lösliche, in Alkohol sehr leicht lösliche, in Aeter unlösliche Kristalle. Anwendung findet es bei verschiedenen Lungenaffektionen in Dosen von 0·01 mehrmals täglich in Form von Sirup, Pillen oder subkutanen Injektionen.

Vaporin von Dr. Staedler-Bern ist ein Keuchhustenmittel aus Naphthalin. puriss. 180. Camphora 20. Ol. Eucal. glob. 3, Ol. Pini pic. 3. Ein Eßlöffel voll wird in einem Trinkglase Wasser durch Erhitzen verdampft.

Euguform. Ein acetyliertes Kondensationsprodukt von Guajakol und Formaldehyd in Form eines staubförmigen, geruchlosen Pulvers. Anwendung: Lupus vulgaris, Ulcus molle, Bubonen, Hyperidrosis pedum, Herpes progenitalis, chronische Stauungsdermatose, Furunkel, Unterschenkelgeschwüre, Brandwunden, Hautverletzungen, infizierte Wunden. Dosis: 5–10%ige Salben oder Gaze oder Trockenpulver.

Methylaspirin. Acetylsalicylsäure-Methylester bildet wasserlösliche Krystalle vom Schmelzpunkt 48°. Kochendes Wasser bewirkt Zersetzung in Salicylsäuremethylester und Essigsäure. Anwendung bei Rheumatismus in Dosen von 5 bis 8 g täglich.

Bornyvalum. Mit diesem Namen bezeichnet die Firma Riedel - Berlin den Isovaleriansäureester des Borneols, welcher, nach den angestellten klinischen Versuchen, den wirksamen Stoff der Baldrianwurzel repräsentieren soll. Bornyval ist eine farblose, nicht unangenehm aromatisch und zugleich schwach nach Baldrian riechende und schmeckende Flüssigkeit. Als Indikationen werden vorläufig genannt nervöse Störungen und Beschwerden, speziell funktionelle Herzneurosen. Bornyval wird in elastischen Gelatineperlen à 0·25 g in den Handel gebracht. — (Pharm. Post, Nr. 42, 1903.)

Als Verbandmittel bei Ekzem:

1. Rp. Argill. alb. } āā 12·5
   Glycerin. }
   Vaselin. 25·0

D. S. Aeußerlich.

2. Rp. Resorcini } āā 10·0
   Glycerini }
   Spirit. vini conc. ad 200·0

D. S. Mit der vierfachen Menge Wasser verdünnt zu Umschlägen.

Digitized by Google

Bei Hämorrhoiden:

1. Rp. Opii pur. 0·06
Plumb. acet. } āā 0·2
Axung. benzoat. }
Butyr. cacao 1·50
M. f. suppos. Dtr. tal. suppos. Nr. X.
S. Morgens und abends ein Zäpfchen einzulegen.

2. Rp. Chloroformii 2·0
Vitell. ovi unius
Aq. font. ad 100·0
M. f. emulsio. D. S. Zum Klystier.

3. Rp. Bismuth. jod. resorcinosulfon. 0·6
Zinc. oxyd. 0·5
Balsam. peruv. 0·15
Cerae alb. 0·2
Butyr. cacao. 1·50
M. f. suppos. Dtr. tal. suppos. Nr. X.
S. Früh und abends ein Zäpfchen einzulegen.

4. Rp. Mentholi 1·0
Cocain. phenyl. 2·0
Extr. fluid. secal. corn. } āā
Extr. fluid. hamamel. virgin. } 15·0
D. S. Zum Einpinseln.

5. Rp. Alpha Eucaini 0·03
Morph. mur. 0·01
Antipyrini 0·5
Aq. destill. 20·0
M. D. S. In den Mastdarm einzuspritzen.

6. Rp. Extr. secal. corn. 0·2
Morph. mur. 0·01
Butyr. cacao 1·5
M. f. suppos. Dtr. tal. suppos. Nr. X.
S. Früh und abends ein Zäpfchen einzulegen.

7. Rp. Alumin. borotannic. 5·0
Liqu. plumb. subacet. 1·0
Ol. olivar. 2·0
Lanolini 40·0
D. Hämorrhoidalsalbe.

Bei Lippenekzem:

Rp. Chrysarobini 1·0
Zinc. oxyd. }
Talc. venet. } āā 12·50
Amyl. pur. }
Vaselini }
D. S. Lippensalbe.

Bücher-Anzeigen.

Lehrbuch der Hautkrankheiten. Von Prof. Dr. R. Kreibich. Mit 10 Abbildungen und 2 Tafeln. Wien 1904. Verlag von Moritz Perles, k. u. k. Hofbuchhandlung.

Die ehrenvolle Berufung auf eine vakante Lehrkanzel hat diesmal der Fachliteratur eine wertvolle Gabe vermittelt, die sicherlich in Bälde zu den unentbehrlichen Lernbehelfen der heimischen Studentenschaft zählen wird und auch in den Reihen der Praktiker — denen die rascheste diagnostische und therapeutische Orientierung als die erwünschteste erscheint — den größten Anhang gewinnen dürfte.

Mit den Bedürfnissen der Studierenden innigst vertraut, unternimmt es Kreibich anläßlich des Antrittes seiner Grazer akademischen Lehrtätigkeit, „um nicht mit leeren Händen“ zu kommen, ein Lehrbuch zu schreiben, das weit von der Schablone entfernt, die heute bereits zu imposantem Umfange gediehene Disziplin der Dermatologie bei knappster Fassung in meisterhaft plastischer Darstellung wiederspiegelt.

Die langjährige unbefangene Beobachtung des größten Hautmaterials, das seit jeher in der Wiener dermatologischen Zentrale aus allen Teilen des Reiches zusammenströmt, hat Kreibich ausgiebigst die Möglichkeit geboten, alle traditionell überkommenen Thesen und Lehrmeinungen vom modernen pathologisch-anatomischen und histo-bakteriologischen Standpunkte aus, der kritischen Revision zu unterziehen und hiedurch zu Ansichten zu gelangen, die nach vieler Richtung hin, eine erfreuliche Korrektur antiquierter dogmatischer Lehren dieses Wissenszweiges anstreben.

So werden die Novizen des Faches von vorneherein erfahren, daß die geläufige Krankheitsform der Pityriasis rosea, die immer noch mit dem Herpes tonsurans maculosus zusammengeworfen wird, mit dem Erreger der Trichophytie nicht das geringste zu schaffen hat. Des weiteren erhalten sie eine Orientierung darüber, daß Unnas Jahrzehnte hindurch fortgesetzte Bemühung, dem Ekzema seborrhoicum eine Sonderstellung

Digitized by Google

zu sichern, auch in der Wiener Schule die bisher versagte Würdigung zu erfahren beginnt. Sie lernen, daß es eine Affektio sui generis gibt, die Lichen simplex chronicus (Vidal) heißt und die durch ein selbständiges, in steter Wiederkehr verfolgbares, klinisches und anatomisches Krankheitsbild ausgezeichnet, nicht weiter, wie das bisher geschehen, unter dem Sammelbegriffe der Ekzema verborgen werden kann. Sie hören, daß ein Symptomenkomplex besteht, den man als Erythromelalgie bezeichnen darf, daß der Pemphigus infantum und die Impetigo contagiosa in naher ätiologischer Verwandtschaft stehen, daß die Tuberkulide und Folliklisarten sich nicht in den Rahmen der Hebra'schen Acne cahectirorum einzwängen lassen und vieles mehr, was die Erkenntnis auf dermatologischem Gebiete in jüngster Zeit ausreifen ließ.

In der Aufteilung des Stoffes ist größtenteils das alte pathologisch-anatomische System Hebras beibehalten, wobei sich freilich vielfache Verschiebungen als notwendig erwiesen haben. So hat namentlich die Klasse der Entzündungen eine beträchtliche Erweiterung erfahren müssen, indem nebst den Erythemen, Blasenausschlägen, urtikariellen Erkrankungen, traumatischen Entzündungen, Parakeratosen (Psoriasis, Pityriasis lichenoides, Pityriasis rubra [Hebra]), Lichen und Akneformen, alle durch pflanzliche und tierische Parasiten bedingten entzündlichen Hauterkrankungen in diesem Abschnitte Unterkunft finden. Es werden dadurch aus der Gruppe der Neubildungen mit Recht die chronischen infektiösen Granulome, wie Rhinosclerom, Tuberkulose (Lupus, Erythema induratum), Syphilis, Lepra Arabum, Aktinomykose, Madurafuß u. a. ausgeschieden.

In der Reihe der bazillären Prozesse findet die von Kreibich durchforschte Ecthyma gangraenosum (bedingt durch den B. pyocyaneus), sowie die von Matzenauer mit Noma identifizierte Nosocomialgangrän (Erreger ein gramfestes, bisher nicht kultivierbares Stäbchen) zum erstenmal eine eingehende Berücksichtigung. Desgleichen ergreift K. als erster die Gelegenheit, um die in ihrer ätiologischen Fundierung noch vielfach schwankenden und unsicheren Blastomykosen in gebührend bescheidenem Umfange in den Lehrplan aufzunehmen.

Das Gebiet der Hypertrophien erfährt durch Erörterung der Keratosis follicularis, jenes der Atrophien durch Beschreibung der Erythromelie (Pick) eine Bereicherung.

In der Geschwulstlehre sehen wir K. mit sichtender Hand, die von Schritt zu Schritt den gründlichst versierten Pathologen verrät, in das Chaos eingreifen, welches die üppig schießende, sinnverwirrende Nomenklatur auf diesem Gebiete stets von neuem zu vertiefen sucht. Als besonderes Verdienst ist es anzurechnen, wenn K. den anatomisch fundierten Nachweis zu erbringen vermag, daß die als Lymphangioma tuberosum multiplex (Kaposi-Biesiadecki), Hydradénomes eruptives (Jacquet Darier), Syringocystadénoma (Török), Cystadénomes epithéliaux benins (Besnier), Cellulomes epithéliaux eruptives (Quinquaud), Endothelioma tuberosum colloides (Kromeyer) etc. benannten Krankheitsformen, insgesamt mit der von Jarisch beschriebenen Art des Haemangioendothelioma tuberosum multiplex identisch sind.

Dieser Prozeß, gleichwie die variablen Formen der epithelialen und sarkoiden Neubildungen werden ebenso klar und präzis charakterisiert, als alle sonstigen, in den vorangegangenen Abschnitten eingereihten Dermatosen.

Mit der routinierten klinischen Exposition, die stets nur auf die Hervorhebung der wichtigsten Momente den Schwerpunkt legt, steht auch die Summe der therapeutischen Empfehlungen im vollsten Einklange und verleiht dem Werke eine durchaus individuelle Prägung. Nur was die persönliche Erprobung in umfangreichen Versuchsserien als wirksam erwiesen hat, wird hier in Vorschlag gebracht, wobei die scharfsinnige Formulierung der Indikationen besonders geeignet erscheint, dem Praktiker hilfreich an die Hand zu gehen.

Mit dem reichen Inhalte des Buches vertraut, werden die Studierenden den strengsten theoretischen Forderungen zu genügen vermögen und auch über diesen Zeitpunkt hinaus, bei dem Schritt in den praktischen Beruf, in dem Buche Kreibichs einen treuen und verläßlichen Berater finden. N.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ. Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

(Aus dem Röntgen-Laboratorium des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien.)

Die Fremdkörperharpunierung.

Von Dr. **Richard Leo Grünfeld** und Dr. **Guido Holzknecht**, Sekundarärzten des Krankenhauses.

Ein unvoreingenommener Beobachter eines größeren Materiales muß von der althergebrachten Meinung, daß Fremdkörper in den meisten Fällen beschwerdelos einheilen und daher die Indikation zu ihrer Entfernung nur selten besteht, abkommen. Bedenkt man, daß über die Hälfte aller Fremdkörper in den Extremitäten und davon der allergrößte Teil in dem so komplizierten Bewegungsapparat der Hände gefunden wird, so muß man sich schon von vornherein wundern, daß hier Funktionsstörungen selten auftreten sollten. Die Praxis lehrt auch geradezu das Gegenteil, und wenn trotzdem der Fremdkörper im allgemeinen als noli me tangere gegolten hat und diese Warnung seinerzeit von alterfahrenen Chirurgen ganz besonders der jungen Radiologie eingeschärft wurde, so scheint der Grund nicht in einer absoluten, sondern in relativen Kontraindikationen gelegen zu sein. Wohl bestanden in zahlreichen Fällen früher wie heute anhaltende Schmerzen, Funktionsbehinderungen, Entzündungserscheinungen, also Gründe zur Entfernung; aber eine Operationsmethode, welche, atypisch wie keine zweite, nicht in einem planmäßigen Eingriffe, sondern in planlosem, zerwühlendem Suchen bestand, hat ja nur eine Vermehrung der Schädigung bewirken können und in diesem Sinne konnte man auch in der Mehrzahl der Fälle die Extraktion kontraindiziert erachten. Mit dem Eintreten der Röntgenstrahlen in die Untersuchungstechnik schienen zunächst alle diese Schwierigkeiten beseitigt zu sein. Aber abgesehen davon, daß die Röntgenuntersuchung bei negativem Ausfalle überflüssige Operationen vermeiden ließ und nicht allzu häufig dunkle Fälle durch den positiven Nachweis eines Fremdkörpers diagnostisch aufgeklärt hat, konnte sie die üblichen Methoden bezüglich ihrer Sicherheit und Schnelligkeit nicht wesentlich verbessern. Die oft besprochenen Gründe liegen in der Unmöglichkeit, plane Projektionsbilder verschiedener Richtung in exakter Weise für eine räumliche Vorstellung zu verwerten und die so gewonnenen Punkte im Körper aufzufinden. Freilich ist die Verbreitung dieser Erkenntnis noch eine geringe und noch immer sieht man die Mehrzahl der Chirurgen vor einer, bestenfalls zwei, am Fenster des Operationssaales befindlichen radiographischen Vorlagen stehend, Fremdkörper fast ebenso aufsuchen, wie sie es in der vorradioligischen Zeit getan — mit fast unveränderter Technik und wenig besseren Erfolgen. Aber auch von radiologischen Spezialisten wird der gleiche Fehler immer noch begangen, während längst ein anderer Weg für die Fremdkörperaufsuchung gebahnt wurde, der nur unter besonders günstigen Umständen die alten, auf geometrischen Grundsätzen beruhenden Lokalisationsmethoden benützte, andernfalls aber an Stelle der vorhergehenden beratenden und der nachfolgenden kontrollierenden Durchleuchtung die mit der Operation gleichzeitig gewählt und damit das erste Teilgebiet einer Radiochirurgie ausgebildet hat. Sonach stehen uns heute zur Fremdkörperaufsuchung folgende Methoden zur Verfügung:

Zunächst die rein geometrische Lokalisation, beschränkt auf ganz oberflächlich liegende Fremdkörper (einfache Oberflächenmarkierung mit einem Punkte oder Striche auf der Haut) (1), weiters bei solchen, welche eine ausgesprochene

Digitized by Google

Längsachse haben, mit derselben nicht senkrecht zur Haut und nicht in der Faserrichtung der zu durchtrennenden Muskulatur liegen, endlich nicht zu klein sind (von Karajan) (2). Weiters geometrische Methoden, welche überdies anatomische (3) und physiologische (4) Verhältnisse heranziehen (Lage des Fremdkörpers in der Nähe markanter Knochenpunkte, Mitbewegung mit einer Sehne etc.), sodann die operative Aufsuchung des Fremdkörpers im abwechselnden Röntgen- und Tageslicht (5), deren Indikationsbereich natürlich der größte ist. Auf diese Weise müßte man selbstredend alle diejenigen Fälle angehen, welche den bisher aufgezählten Methoden nicht zugänglich sind; endlich die Fremdkörperharpunierung (6).

ad 1. Von vorneherein verständlich.

ad 2. Methode von Karajan[1]): Der Körperteil wird hinter dem Schirm so eingestellt, daß der längsgeformte Fremdkörper in der Projektion als Punkt erscheint. Man markiert die beiden Punkte der Haut, welche sich mit ihm decken und hat damit die Lage seiner Achse bestimmt. Man wendet nun den frei gewählten Ort der Inzision dem Schirme zu, sieht jetzt den Fremdkörper in voller Länge und markiert seinen Schatten auf der Haut. Senkrecht über die Mitte dieser Marke zieht die Inzisionslinie. Näheres im Original.

ad 3. Seltene Fälle, in denen der Fremdkörper hart an einem radioskopisch gut sichtbaren, anatomisch wohl bekannten und operativ auffindbaren Skelettpunkte gelegen ist (vgl. die Kasuistik am Schlusse, Fall II), was jede weitere Lokalisierung erübrigt.

ad 4. Ebenfalls seltene Fälle, bei denen man aus charakteristischen, radioskopisch sichtbaren Mitbewegungen gewisser Weichteile (Sehnen, Gelenkkapseln, Bulbus) genügend Anhaltspunkte zur Aufsuchung gewinnen kann.

ad 5. Mehrfach vorgeschlagen, gelegentlich versucht, hat sich die eigentlich rationellste Methode, die direkte Aufsuchung des Fremdkörpers im abwechselnden Röntgen- und Tageslicht, bisher noch nicht eingebürgert. Das nur in der einmaligen instrumentellen Vorbereitung umständliche, in der Ausführung jedoch höchst einfache und praktisch ungemein empfehlenswerte Verfahren werden wir in einer folgenden Arbeit eingehend schildern. Demselben sind fast alle Fremdkörper zugänglich, seine Ausführung hängt aber davon ab, daß ein hiezu besonders eingerichteter, radioskopisch wie chirurgisch gleich zweckmäßiger Operationsraum zur Verfügung stehen muß. Wo dies nicht der Fall ist und wo — aus welchem Grund immer — die direkte Aufsuchung im Röntgenlicht vermieden werden muß, tritt für dieselbe fast vollwertig (ad 6) die Fremdkörperharpunierung ein, eine Methode, welche im Grunde nichts anderes ist, als eine zweizeitige direkte Aufsuchung. Bei derselben wird in der ersten Hälfte der Operation ein radioskopisch sichtbares, nadelförmiges Instrument, unter Röntgenlicht bis an den Fremdkörper geführt und in der zweiten Hälfte der Operation ohne Röntgenlicht blutig-präparatorisch das Ende dieser Nadel aufgesucht, neben der man den gesuchten Fremdkörper findet. Das Prinzip desselben, von Perthes[2]) als Fremdkörperpunktion angegeben, wurde von uns zur Fremdkörperharpunierung modifiziert und darüber seinerzeit[3]) berichtet. Es besteht in folgendem: Es wird die ungefähre Lage des Fremdkörpers bloß mittels der Durchleuchtungen nach mehreren Richtungen bestimmt und sodann unter Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse und des Operationsplanes der Inzisionsort gewählt. An dieser Stelle soll nun die Harpune (Perthes verwendet eine Lanzennadel, welche in eine

[1]) Von Karajan und Holzknecht: Eine Lokalisationsmethode für Fremdkörper in den Extremitäten. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, Bd. 4, pag. 174; siehe auch Albers-Schönberg, Technik, Hamburg 1903.

[2]) Perthes: Ueber Fremdkörperpunktion, Zentralbl. f. Chir., Nr, 32, 1902.

[3]) Grünfeld: Vorläufige Mitteilung in der Sitz. der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 13. März 1903. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 12, 1903.

Digitized by Google

Kornzange mit Holzbranchen geklemmt wird) auf den Fremdkörper gestoßen werden. Damit sie denselben nun tatsächlich treffe, muß der Fremdkörper in der verlängerten Längsachse der einzustechenden Nadel liegen. Dies läßt sich ganz leicht erreichen, indem man die Nadel vorerst in die Strahlenrichtung zu bringen trachtet, was gelungen ist, wenn ihr Schatten auf dem Durchleuchtungsschirm nicht mehr als Strich, sondern als Punkt erscheint. Nun wird dieser punktförmige Schatten mit dem Fremdkörperschatten zur Deckung gebracht und die Nadelspitze bis zur Haut, dann durch dieselbe und die folgenden Gewebsschichten bis an den Fremdkörper vorgestoßen. Durch Betrachtung aus verschiedenen Durchleuchtungsrichtungen wird sodann kontrolliert, ob die Nadelspitze tatsächlich den Fremdkörper berührt, wobei man noch eventuell erforderliche Korrekturen vornehmen kann.

In der Absicht, diese Methode an dem großen Material unseres Laboratoriums einzuführen, unternahmen wir zunächst Leichenversuche. Dabei stellte sich heraus, daß die einfachen Lanzennadeln sich wohl tadellos bis auf den Fremdkörper einführen ließen, aber bei der Entfernung des letzteren insoferne Schwierigkeiten bereiteten, als sie bei den operativen Manipulationen leicht verschoben wurden und daher ihren Zweck als Wegweiser nicht erfüllten. Das war nun dadurch leicht zu verhindern, daß man an der Spitze der Nadel einen oder zwei Widerhaken nach Art einer Harpune anbrachte, welche das Zurückgleiten der eingeführten Nadel verhinderten. Mit Hilfe dieser Harpune und eines Nadelhalters, der, wie jener von Perthes angegebene, für Röntgenstrahlen durchlässige Holzbacken trägt, gelang es uns nun, selbst die kleinsten und tiefliegendsten Fremdkörper aus Leichenteilen zu extrahieren, wobei sich noch eine Reihe von Besonderheiten in den diversen Fällen ergab, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.

Nachdem wir uns nun in unseren Leichenversuchen von der exakten Durchführbarkeit des Verfahrens überzeugt hatten, konnten wir, dank des Entgegenkommens der Leiter der drei chirurgischen Abteilungen des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien (Hofrat Prof. Dr. v. Mosetig-Moorhof, Primarius Dozent Dr. R. Frank, Primarius Dozent Dr. K. Büdinger und seinerzeit des provisorischen Leiters der ersten chirurgischen Abteilung, Dr. K. Kristinus), sowie sämtlicher Aerzte der betreffenden Stationen, denen wir insgesamt an dieser Stelle unseren besten Dank für ihre Unterstützung aussprechen, an dem reichen Material des Spitales die praktische Nutzanwendung ziehen. Ueber die einzelnen Fälle, bei denen die individuellen Besonderheiten jedesmal hervorgehoben sind, berichten wir am Schlusse ausführlicher.

Die Technik am Lebenden gestaltet sich folgendermaßen: Nach dem vorläufigen radioskopischen Nachweise des Fremdkörpers, seiner Größe, Form und beiläufigen Lage, wird, wenn aus diesen Momenten sich die Indikation zur Harpunierung in der oben auseinandergesetzten Weise ergibt, also die anderen Methoden nicht opportun erscheinen, der Patient auf der chirurgischen Station im Operationsgebiete operationsreif vorbereitet, der betreffende Körperteil mit sterilem Material bedeckt (wir verwendeten zu diesem Zweck an den Extremitäten mit Vorteil Rollbinden aus steriler weißer Gaze, wobei wir die gewählte Inzisionsstelle zunächst frei ließen und erst zum Schlusse mit abnehmbaren Tupfern bedeckten) und der Patient in das Röntgenzimmer gebracht. Dortselbst wird nun unter aseptischen Kautelen (sterilisierter Harpunenhalter und Harpunen*), steril geschützter Fluoreszenzschirm, subjektive Reinigung des Radiologen und Chirurgen) die Harpune nach den oben ausgeführten Grundsätzen bis an den Fremdkörper gestoßen. Das Einstechen verursacht nur einen momentanen, unbedeutenden Schmerz, der überdies durch Vereisung mit Aethylchlorid vollständig ausgeschaltet werden kann. Zur Ausführung verwenden wir ein niedriges hölzernes Tischchen, ähnlich dem

*) Bei Reiner in Wien.

Digitized by Google

Handtischchen der Operateure. Die hölzerne Tischplatte ist in der Mitte von einem 6 cm im Durchmesser haltenden kreisrunden Loche durchbrochen und der übrige Teil mit Blendenbleiblech bedeckt. Unter der Tischplatte, und zwar senkrecht unter dem Blendenausschnitte, befindet sich der Fokus einer Röntgenröhre und ihre Zuleitungskabel. Die Röhre soll Röntgenlicht von mittlerer Penetrationskraft (Nr. 6 der Walterschen Skala) und höchster Lichtintensität liefern (eine in vielen Fällen sehr wichtige technische Notwendigkeit) und sich in diesem Zustand konstant erhalten lassen, wofür uns die Röhren von Müller (Hamburg) die besten Dienste geleistet haben. Die zu durchleuchtende Extremität wird sodann derart gelagert, daß die in Betracht kommende Stelle über dem Ausschnitt zu liegen kommt. Bei Radioskopie der oberen Extremität kann der Patient bequem sitzen, bei Fremdkörpern in den unteren Extremitäten legen wir die Patienten auf ein Ruhebett oder auf einen ähnlich konstruierten, bei anderer Gelegenheit näher zu beschreibenden radioskopischen Operationstisch.

Nach erfolgter Harpunierung überzeugen wir uns jedesmal von der richtigen Lage der Harpunenspitze im Gewebe, indem wir die Extremität nach mehreren Richtungen durchleuchten. Sodann wird der Patient auf die chirurgische Station zurückgebracht, woselbst dann, je nach Bedürfnis, unter allgemeiner Narkose oder unter Lokalanästhesie, ohne längere Inzisionen und ohne eingreifendere Verletzung der tieferen Gewebsschichten geraden Wegs die Spitze der Harpune und damit der Fremdkörper aufgesucht wird.

Im nachstehenden bringen wir im Auszug die Beschreibung unserer bisherigen Fälle. Unter diesen (im ganzen 20) gelang es einmal nicht, den gesuchten fremden Körper zutage zu fördern. Die Ursache war seine besondere Kleinheit. In der Mehrzahl der Fälle haben wir uns von der erfolgten Heilung ohne Funktionsstörung durch Untersuchung der Patienten nach mehreren Monaten oder schriftliche Mitteilung überzeugen können.

Wir glauben mit Recht annehmen zu können, daß die Fremdkörperharpunierung — eigentlich nur ein Uebergang zum Operieren im abwechselnden Röntgen- und Tageslicht — zum Normalverfahren in allen jenen Fällen werden wird, in denen die direkte Aufsuchung aus äußeren oder anderen Gründen untunlich erscheint. Jedenfalls bringt sie uns in dem schwierigen, unbefriedigenden Kapitel der Fremdkörperextraktion um einen bedeutenden Schritt weiter.

Fall I: J. A., 24jähriger Schlosser. Am 8. Jänner 1903 flog dem Patienten beim Hämmern ein Eisensplitter palmar in die rechte Handwurzel, am nächsten Tage Schwellung und Schmerzen. Radioskopie: Fremdkörper 1 cm unter der Haut, minimaler Größe. Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Grünfeld): Extraktion gelang nach Schwierigkeiten, da sich die 4 cm lange Harpune verschob und daher als im Wege stehend herausgezogen werden mußte. Heilung per primam.

Die Indikation zur Anwendung der Harpune in diesem Falle war durch die Kleinheit des Fremdkörpers und seine Form, welche die Karajan'sche Methode unmöglich machte, gegeben. Die Tieflage kam als Indikation hier nicht in Betracht. Wäre der Splitter tiefer eingedrungen, hätte man hier, ohne in Konflikt mit den Sehnen und Sehnenscheiden zu kommen, nicht harpunieren können. Die Verschiebung der Harpune erklärt sich zwanglos durch die oberflächliche Lage des fremden Körpers, da die zirka $^3/_4$ cm auf denselben eingeführte Harpunennadel um ein längeres Stück aus der Haut ragte und daher nicht genügend fixiert sein konnte.

Fall II. F. S., 21jähriger Spenglergehilfe, hatte sich am 26. November 1902 bei unvorsichtigem Gebrauche eines Radfahrerrevolvers in den rechten Unterarm geschossen. Das Projektil (9 mm) ging durch den Rockärmel und das Hemd in den Unterarm. Der konsultierte Arzt fand die Kugel an der Einschußstelle am Handgelenk nicht, der Arm schwoll an, 3. Dezember 1902 Aufnahme auf die I. chirurgische Abteilung. An der Beugeseite des Unterarmes, der Mitte der Ulna entsprechend, ein zirka kreuzergroßer Einschuß, mit der Sonde gelangt man einige Zentimeter proximalwärts. Es besteht leichte Radialisparese mit Extensionsbehinderung.

Digitized by Google

Radioskopie: In der Gegend des Einschusses am Handgelenk kein Fremdkörper nachweisbar; dagegen findet sich im Interossealraum, nahe dem Ellenbogengelenke und hart an der Tuberositas radii, ein nicht deformiertes rundes Projektil von zirka 9 mm Durchmesser. Daraus ergibt sich, daß das Projektil in den palmaren Weichteilen des Unterarmes einen Weg von zirka 15 cm zurückgelegt hat, um vom Handgelenk in die Ellenbeuge zu gelangen. Bezüglich der Radialisparese kann man daher annehmen, daß der fremde Körper auf dem letzten Stücke seines Weges den hier in Betracht kommenden Ast des Nervus radialis verletzt hatte.

Patient verweigert jeden operativen Eingriff und wird am 6. Dezember 1902 in unverändertem Zustand entlassen. Daheim will er bald nachher ein Ziehen im rechten Daumen verspürt haben, der Arzt konnte bereits einen leichten Trismus nachweisen und überwies ihn sofort wieder dem Krankenhause. 12. Dezember 1902 neuerliche Aufnahme: Verkleinerte Lidspalten, Mund tonisch geschlossen, Nasolabialfalten angedeutet. Temporales und Masseteren als kontrahierte feste Muskelmassen tastbar, Mund kann nur auf 1½ cm geöffnet werden. Seitliche Kieferbewegung sehr gering, Nackenmuskulatur kontrahiert, Bauchmuskeln weich. Extremitäten zeigen bei passiven Bewegungen einen leichten Rigor, die rechte obere Extremität erweist sich stark rigid mit bretthart gespannter Muskulatur, ist etwas abduziert, im Ellenbogengelenke leicht gebeugt, im Handgelenke palmar flektiert, bis zu einem Winkel von 120° fixiert. Der Daumen ist im Metakarpophalangealgelenke leicht flektiert, im Interphalangealgelenke überextendiert, desgleichen mehr weniger die anderen Finger. Die stärkste Kontraktion ist in der Hand- und Unterarmmuskulatur fühlbar. Tiefe Reflexe überall gesteigert, Masseterenreflexe rechts mehr als links. Rechter Bizeps- und Trizepsreflex, sowie Vorderarmperiostreflex zum angedeuteten Klonus erhöht. Patellar- und Fußklonus beiderseits, die Nerven übererregbar, besonders der rechte Radialis, Ulnaris und Peroneus. Hautreflexe lebhaft. Gehirnnerven sonst ohne Auffallendes. Pupillen normal.

Es bestand also jetzt ausgesprochener Tetanus. Der Tierversuch, angestellt mit einem exzidierten Stückchen Haut aus der Nähe der Einschußwunde, blieb negativ. Durch den Tetanus wurde die rechte Hand entsprechend der früheren Radialisparese in der typischen Stellung fixiert.

18. Dezember 1902 Injektion Behring'schen Tetanus-Antitoxins (1 Flasche) subkutan am Oberarm rechts, 20. Dezember abermals 1 Flasche Antitoxin. 29. Dezember Trismus noch deutlich, Mund kann jedoch fast bis zur Norm geöffnet werden. Starre der Armmuskulatur nur mehr angedeutet, Hand in leichter Beugestellung, langsame aktive und passive Bewegungen möglich. Nun erholt sich Patient zusehends, so daß man am 9. Jänner 1903 an die Extraktion des Projektils (I. chirurgische Abteilung, Dr. Kristinus) schreiten konnte. Vorbereitung wie gewöhnlich, Harpunierung von der Beugeseite. Narkose. Esmarch'sche Blutleere. Längsinzision am Vorderarm neben dem Harpuneneinstich, Durchschneidung der Muskulatur bis an das Ligamentum interosseum einerseits, an die Harpunenspitze anderseits. Man tastet einen harten Widerstand, der derart am Knochen fixiert ist, daß man denselben für die Tuberositas radii hielt. Eingehen mit der Kornzange, deren Branchen in der Tiefe der Wunde gespreizt wurden, worauf jenes als knöchern imponierende Gebilde (das Projektil) sofort in die Branchen der Kornzange gefaßt und leicht extrahiert werden konnte. Tamponade, Verband, Operationsdauer 15 Minuten. Am nächsten Tage Hand in kompletter Radialislähmungsstellung; Naht der Operationswunde. In den folgenden Tagen kehrt die Sensibilität allmählich zurück, der Trismus schwindet völlig, die Muskulatur ist weich, kein Steifigkeitsgefühl. Rechter Unterarm und Hand komplett gelähmt, die Finger können etwas gebeugt, gestreckt, ab- und adduziert werden. Sämtliche übrige Erscheinungen seitens des Nervensystems geschwunden. Entlassung am 16. Jänner 1903. Zu Hause heilte die Wunde bald glatt, unter Massage und Faradisation kehrte Beweglichkeit und Sensibilität langsam zurück. Nach ungefähr 9 Monaten konnte Patient seine Arbeit wieder aufnehmen und merkt nun nach Mitteilung seines behandelnden Arztes keine unangenehmen Folgen mehr.

Zu diesem Falle wäre zu bemerken, daß man in Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse (Lage des Fremdkörpers an der Tuberositas radii und offenbar Quetschung des Nerven an dieser Stelle) vielleicht genügend Anhaltspunkte für die Entfernung gehabt hätte. Immerhin hat aber die Harpunierung in diesem Falle die Aufsuchung vereinfacht und für das Gelingen des nicht ganz gleichgiltigen Eingriffes größere Sicherheit geboten.

Fall III. F. K., 18jähriges Dienstmädchen, stieß sich beim Waschen eine Nadel in den rechten Daumenballen. Radioskopie: ⅜ cm langes Nadel-

Digitized by Google

fragment liegt tief in der Faserrichtung der Thenarmuskulatur, spießt das proximale Ende des ersten Metakarpus. Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Grünfeld, 18. Februar 1903) Schnitt in der Faserrichtung, neben der Einstichstelle der 4 cm langen Harpunennadel, Vordringen in die Tiefe bis zur Harpunenspitze, Durchschneidung der Hautbrücke. Fremdkörper im Grunde der Wunde sichtbar. Heilung per primam.

Hier ermöglichte die Harpunierung das Eingehen in der Faserrichtung der Muskulatur, während bei den anderen Lokalisationsverfahren die Integrität derselben nicht hätte gewahrt werden können. Man wäre nämlich gezwungen gewesen, die Muskeln quer zu durchtrennen. Weitere Schwierigkeiten wären bei den anderen Methoden aus der tiefen Lage und der Kleinheit des fremden Körpers erwachsen.

Fall IV. E. H., 15jähriger Schlosser. Am 19. Februar 1903 drang dem Patienten ein abgesprengtes Stück Eisen in den Rücken der linken Hand. Radioskopie: Winziger Metallsplitter. Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Grünfeld): Trotz gut fixierter Harpune wird der Fremdkörper nicht gefunden und jede weitere Untersuchung verweigert.

Der Fall lehrt, daß auch die Harpunirung unter besonders ungünstigen Umständen mißlingen kann. Der Fremdkörper wurde nicht gefunden, obwohl die Harpunenspitze denselben direkt berührte, wie man radiographisch nachweisen konnte.

Fall V. J. B., 28jähriger Hilfsarbeiter, stach sich vor 2 Jahren aus Bravour eine Nadel in den linken Oberarm. Bei der sofort versuchten Extraktion brach er dieselbe ab, ein Stück blieb im Arme stecken. Radioskopie: Ein 1 cm langes Nadelfragment liegt tief im Biceps parallel mit den Muskelfasern verlaufend, ½ cm vom Knochen entfernt. Operation (I. chirurgische Abteilung, Dr. Markus, 7. März 1903): Eingehen neben dem Harpuneneinstich, Extraktion gelingt leicht und schnell. Heilung per primam, nach 8 Tagen arbeitsfähig, keine Funktionsstörung.

Hier bestand die Indikation zur Harpunierung, da nebst dem tiefen Sitze des fremden Körpers wiederholte Lokalisationen in verschiedenen Richtungen jedesmal andere Resultate ergaben, begründet durch die leichte Verschieblichkeit des Fremdkörpers mit der umgebenden Muskulatur. Ferner in der Lage zur Faserrichtung.

Fall VI. A. B., 15jähriger Schlosser. Dem Patienten drang am 11. März 1903 ein abgesprungener Eisensplitter in den rechten Ellenbogen. Schmerzen. Radioskopie: Eisensplitter am Olekranon. Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Löwenbein): Längsschnitt neben der Harpune, an der Spitze wird der Fremdkörper sichtbar. Heilung per primam, keine Funktionsstörung.

Fall VII. A. H., 17jähriges Dienstmädchen, stach sich beim Fußbodenreiben eine Nadel in den rechten Thenar, beim Herausziehen brach die Nadel entzwei. Lokalisation nach v. Karajan-Holzknecht. Bei der Operation wird die Nadel nicht gefunden. Daher tags darauf (19. März 1903) Harpunierung und Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Grünfeld), wobei das Fragment sogleich zu Tage gefördert werden konnte.

Der Fall beleuchtet die Superiorität der Harpunierung gegenüber den anderen gebräuchlichen Lokalisationsmethoden und ist ein Beispiel für eine weitere Indikation zur Harpunenanwendung, wenn schon ein anderes Lokalisationsverfahren versagt hat und in der Umgebung der frischen Operationswunde sich Markierungen schwer ausführen lassen.

Fall VIII. J. R., 30jähriger Miststrotter (Strotter ist der Sucher nach Wertgegenständen im Mist, Kanal, Abfällen etc.) hat seit längerer Zeit Schmerzen in der rechten Hand. Ob „etwas d'rin" ist, vermag er nicht anzugeben. Radioskopie vier Nadeln, eine davon in zwei Teile gebrochen. Jedes einzelne Nadelstück wird harpuniert und bei der Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Löwenbein, 22. März 1903) leicht entfernt. Die Fragmente waren größtenteils bereits in eine schwielige, gelbbraune Masse eingekapselt, welche mitexstirpiert wurde. Hautnaht. Am nächsten Tage Schwellung und Schmerzhaftigkeit, Entfernen der Nähte, späterhin Suppuration, dann Heilung per granulationem. Die Infektion dürfte wohl durch die Provenienz der Fremdkörper aus dem Miste, in dem der Patient (chronischer Alkoholiker) gewühlt hatte, erklärt sein.

Die üblichen Lokalisationsmethoden hätten bei der größeren Zahl der Fremdkörper einer entsprechend vermehrten Anzahl von Zeichen und Marken bedurft, was gewiß verwirrend gewirkt und jede Orientierung bei der Operation geraubt

Digitized by Google

hätte. Allerdings hätte man jedes einzelne Nadelfragment leicht lokalisieren und entfernen können. Das einzeitige Operieren war jedoch nur durch die Harpunierung ermöglicht. Bei dieser Gelegenheit sei übrigens auf den kürzlich von Levy-Dorn und Jacobsohn[5]) publizierten Fall, welcher mit dem unserigen manche Aehnlichkeit hat, hingewiesen.

Fall IX. J. M., sechsjähriger Postamtsdienerssohn. Durch unvorsichtiges Hantieren mit einer Flaubertpistole Schuß in den linken Unterschenkel, Schmerzen. Radioskopie: Plattgedrücktes Projektil, Kaliber 6 mm, an der Vorderfläche des Oberschenkelknochens. Harpunierung. Operation (I. chirurgische Abteilung, Dr. Kristinus, 27. März): Chloroformnarkose. Längsschnitt (8 cm) durch Haut und Streckmuskulatur bis an die Harpunenspitze. Dieselbe ist vom Knochen nur durch das Projektil getrennt, Extraktion mit der Kornzange ohne Finger und Auge, Naht, Kompressionsverband. Nach 7 Tagen Entfernung der Nähte, Heilung per primam. Laut schriftlicher Mitteilung des Vaters kann der kleine Patient wieder ganz gut gehen und klagt über keinerlei Beschwerden.

Fall X. S. B., 19jähriger Schmiedgehilfe, aufgenommen 24. März 1903. Dem Patienten war vor einem Monat ein etwa bohnengroßer Splitter von einem Hammer in den linken Vorderarm dorsal eingedrungen. Bei Bewegung des Armes Schmerzen. Radioskopie: 1 cm langes, 1/4 cm breites Eisenstück ziemlich tief, näher der Palma. Harpunierung. Bei der Operation wird der Splitter trotz der Harpune nicht gefunden. Am nächsten Tage neuerliche Harpunierung und Operation (I. chirurgische Abteilung, Dr. Kristinus): Die Harpunenspitze liegt genau auf dem Fremdkörper, derselbe ist jedoch wegen seiner Lage in den Geweben schwer zu fassen, da er mit der Breitseite nach oben liegt. Der Fremdkörper wird daher zunächst mit der Kornzange erst um 90° gedreht und sodann extrahiert. Tamponade der Wunde, Heilung per granulationem ohne Eiterung. Nach zehn Tagen geheilt entlassen, jetzt ist die Hand laut schriftlicher Mitteilung vollkommen schmerzfrei und gebrauchsfähig.

Die Indikationen zur Harpunierung in diesem Falle waren 1. der tiefe Sitz des Fremdkörpers; 2. die geringe Längsausdehnung; 3. um die Lage der Achse parallel zur Extraktionsachse möglich zu machen, wodurch die quere Inzision durch die Muskeln des Unterarmes erspart wurde.

Der Vorgang war offenbar folgender: Der Fremdkörper war durch eine nachweisbare Perforationsöffnung durch das Ligamentum interosseum in die Beugemuskulatur eingedrungen. Bei der ersten Aufsuchung scheint er entlang dem Eintrittskanal wieder in die dorsale Muskulatur zurückgeschoben worden zu sein. Bei der zweiten, ebenfalls palmaren Aufsuchung konnte die bestehende Inzision verwendet werden und die Harpune direkt als Leitsonde dienen, indem man bei Berührung der Nadel mit dem Fremdkörper den metallischen Klang deutlich wahrnehmen konnte.

Fall XI. E. M., 52jährige Bedienerin. Nadelstück im rechten Thenar. Radioskopie: Lokalisation nach v. Karajan-Holzknecht. Die Nadel liegt gegen den Metakarpus I. Bei der Operation wird die Nadel nicht gefunden, daher tags darauf Harpunierung (II. chirurgische Abteilung, Dr. Grünfeld, 24. April 1903). Extraktion gelingt sofort. Heilung per primam. Jetzt (14. Oktober 1903) klagt Patientin über Parästhesien. Funktion, elektrische Erregbarkeit und Sensibilität des Daumens sind normal (Dr. Schüller, Nervenklinik).

Pendant zu Fall VII.

Fall XII. K. H., 27jähriger Gerüster, fuhr beim Reinigen einer Kleiderbürste mit der Hand über die Borsten, wobei ihm ein 1 cm langes Nadelfragment in der linken Thenar eindrang. Patient konnte den Daumen nicht bewegen. Radioskopie: Nadel im linken Thenar. Harpunierung. Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Simon, 6. Juni 1903): Extraktion gelingt sofort. Naht. Heilung per primam ohne Funktionsstörung.

Fall XIII. K. S., 49jähriger Beamter. Winziger Metallsplitter im rechten Daumen. Harpunierung. Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Goldreich, 6. September 1903): Schnitt neben der Harpune, Entfernung eines minimalen schwarzen Bröckels, das sich in der Nähe der Harpunenspitze fand. Der Operateur suchte weiter, da er den entbundenen Gegenstand nicht für den gesuchten fremden Körper hielt. Bei der am 15. Oktober 1903 wiederholten Durchleuchtung fand sich jedoch kein Fremdkörper mehr. Vollkommene Heilung.

[5]) Levy-Dorn und Jacobsohn: Beitrag zur Untersuchung auf Fremdkörper mit Röntgenstrahlen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34, 1903.

Digitized by Google

Der Fall lehrt, daß es mit der Harpunenmethode zuweilen gelingt, selbst die kleinsten Fremdkörper zutage zu fördern.

Fall XIV. H. St., 58jährige Schneiderin, stach sich am 18. August 1903 beim Fußbodenreiben eine Nadel in den rechten Daumen. Extraktionsversuche seitens zweier Aerzte ohne Erfolg. Schmerzen und Funktionsbehinderung. Patientin konnte keine Faust machen; die Schmerzen wurden immer intensiver, bis sich Patientin am 18. Oktober 1903 zur Spitalsbehandlung entschloß. Radioskopie: Harpunierung. Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Goldreich, 18. Oktober 1903): Schnitt in Schrägrichtung neben und gegen die Harpune. Mit dem Messer tastet man alsbald den metallischen Widerstand der gesuchten Nadel, zirka ½ cm. von der Harpunenspitze. Die Nadel ist beim Oeffnen und Schließen der Hand beweglich. Erweiterung der Wundöffnung, Extraktion sehr leicht und rasch. Heilung mit geringen Narbenkontrakturen.

Hier diente die Harpune vornehmlich zur Bestimmung der Tieflage der Nadel. Die Spitze der Harpune war auf den tiefsten Punkt der Nadel, nämlich deren Spitze, eingestellt. Die Entfernung der Nadel von der Harpunenspitze ist wohl auf Muskelbewegungen zurückzuführen. Auch in diesem Falle wäre nach anderen Lokalisationsmethoden eine funktionsschädigende Schnittrichtung unvermeidlich gewesen, welche nebst dem tiefen Sitze unter der Haut die Operation zu einem verhältnismäßig schweren Eingriffe gestaltet hätte.

Fall XV. A. J., 43jährige Näherin. Nadel in der rechten Hand. Radioskopischer Befund: In der Tiefe zwischen Grundphalanx IV und V ein winziges Nadelfragment, welches wohl nur mittels Harpune zu finden ist. Operation (III. chirurgische Abteilung, Dr. A. Weiß, 1. November 1903): Extraktion gelingt sofort.

Fall XVI. J. F., 44jähriger Schmied. Beim Hämmern flog dem Patienten ein Stahlsplitter in die rechte Hand. Schmerzen. Leichte Entzündungserscheinungen. Radioskopie: In einer Tiefe von 2½ cm. unter der Palma liegt zwischen erstem und zweitem Metakarpus ein reiskorngroßer metallischer Fremdkörper. Operation (I. chirurgische Abteilung, Dr. Kirchmayr, 20. November 1903, Bromäthylnarkose): Der Fremdkörper liegt am Ende eines zirka 3 cm langen Kanals, der vom Dorsum zur Harpunenspitze führt (Eintrittskanal). Entbindung schwierig, da der Fremdkörper im Gewebe fixiert war und wegen der Tiefe nicht sichtbar gemacht werden konnte. Heilung.

Fall XVII. L. J., 29jährige Bedienerin, sticht sich beim Waschen eine Nadel in den rechten Daumenballen. Radioskopie: Ein zirka ½ cm langes Nadelfragment liegt ziemlich tief in der Nähe des Karpometakarpalgelenkes. Harpunierung: Die Spitze der Harpune liegt hart an der Nadel; bei bestimmten Bewegungen mit der Harpune Wahrnehmung des Gefühles, als ob man an einen harten Körper anstoße. Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Goldreich, 26. November 1903): Inzision neben der Harpune, Extraktion der Nadel. Heilung.

Fall XVIII. F. K., 23jähriger Schlosser. Am 25. November 1903 drang dem Patienten ein Eisensplitter in den rechten Zeigefinger. Radioskopischer Befund: Wegen der Kleinheit des Fremdkörpers Harpune empfohlen. Harpunierung: Spitze der Harpune 1 mm vor dem Fremdkörper, der dem Periost hart anliegt. Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Wiener, 26. November 1903): Extraktion gelingt sofort. Heilung.

Fall XIX. F. J., 27jähriger Arbeiter, stach sich vor sechs Tagen eine Nadel in den rechten Daumenballen. Radioskopischer Befund: Die Achse der Nadel liegt senkrecht zur Haut, daher Harpunierung. Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Silbermark, 8. Dezember 1903): Inzision in der Faserrichtung der Thenarmuskulatur, Vordringen bis zur Harpunenspitze, wo das Bruchende der Nadel sichtbar wird. Extraktion ohne weiteres Eindringen.

Fall XX. M. G., 14jährige Schülerin, stach sich vor zwei Tagen eine Nadel in die linke Fußsohle. Radioskopie: In der Planta pedis sin. findet sich ziemlich senkrecht zur unteren Fläche des Calcaneus etwas hinter der Mitte desselben, ein Nadelfragment, 2 cm lang. Wegen der Lage der Nadelachse senkrecht zur Haut und etwas schräg von hinten, unten nach vorne oben ist Lokalisation nach Karajan kontraindiziert, daher Harpunierung. Operation (II. chirurgische Abteilung, Dr. Silbermark, 8. Dezember 1903): Auffindung und Extraktion prompt.

Digitized by Google

(Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskranke des Dozenten Dr. Karl Ullmann im Wiener allgemeinen Krankenhause.)

Ueber die gegenwärtige Bedeutung der Radiotherapie für die ärztliche Praxis.

Auf Grund eigener Erfahrungen mit Berücksichtigung der Literatur

von Privatdozent Dr. **Karl Ullmann.**

(Schluß.)

Aus den bisher angeführten Gründen erscheint mir also die von Kienböck und Holzknecht[9]) als zweifellos angenommene spezifisch toxämische Grundlage der Röntgendermatitis keineswegs außer Zweifel gestellt. Die von den genannten Autoren in einigen wenigen Fällen von Röntgendermatitis verschiedener Grade im Anschlusse und infolge von theurapeutischen Bestrahlungen beobachteten toxämischen Hauterscheinungen, in der Form von Erythemen, makulopapulösen, juckenden Exanthemen, sind wohl mit ebenso viel Berechtigung, als vulgäre akute reflektorische Ekzeme aufzufassen. Weder deren morphologische Beschaffenheit noch das dieselben begleitende Fieber prägt diesen Hauterscheinungen gegenüber andern so häufig vorkommenden mehr weniger universellen Ekzemen im Verlaufe von lokalen Entzündungen, Geschwürs- oder Wundbehandlungen eine spezifisch toxämische Eigenart auf. Vor allem aber ist das Vorkommen von Allgemeinerscheinungen, Fieber, Exantheme eine so seltene Ausnahme im Verlaufe der als Reaktion verschiedenen Grades alltäglich herbeigeführten Röntgendermatitis, daß es vom klinisch dermatologischen Standpunkte dann doch geradezu gewagt erscheint, durch diese Ausnahmsfälle die spezifisch chemisch toxische Natur der Röntgendermatitis zu stützen. Gerade die auffallende Hartnäckigkeit des Verlaufes und die Unmöglichkeit Röntgenulcera und Nekrosen therapeutisch wirksam zu beeinflußen, scheint mir mehr für sehr umfangreiche anatomische und biologische Veränderungen der Zellneubildner als für das Vorhandensein aufgestappelter spezifischer Giftstoffe zu sprechen. Endlich fehlte auch in diesen seltenen Fällen von Exanthemen, wie auch Holzknecht selbst betont, das Vorhandensein eines Status toxicus, die Prostration, Diarrhoe, Appetitlosigkeit, Icterus, die Albuminurie, kurz die Schädigung der Organe, selbst in den schwersten Fällen dieser Art, die zur Beobachtung gelangten.

Auf Grund eigener Erfahrungen möchte ich gerade die hier wohl maßgebenden schweren Formen der Röntgendermatitis, soweit dieselben mit Bildung von Schorfen und Gangrän einhergehen als geradezu auffallend wenig das Allgemeinbefinden störende bezeichnen. Sieht man von den bei solchen seltenen Graden der Gewebsmortifikation immer vorkommenden Schmerzen und der indirekt durch diese herbeigeführten Depascenz der Individuen ab, so spricht wohl kaum ein Symptom für eine spezifische, chronische Intoxikation. In drei von mir beobachteten Fällen, wo es sich um beträchtliche Nekrosen handelte, vermochte mich kein Symptom auf den Gedanken zu bringen, daß hier ein spezifisches toxisches Produkt zur Resorption gelange. Die charakteristischen Schmerzen aber dürften wohl schon genügend durch die histologische Gefäßdestruktion im gesamten Gebiete erklärt sein. Trotz dieser Schmerzen sah ich in einem Falle von zwei schweren Röntgenulcera die betreffende, früher stark herabgekommene Person sich alsbald erholen und an Körpergewicht zunehmen, sobald dieselbe erst, es handelte sich um ein Mädchen mit Psoriasis, in gute Pflege genommen wurde.

So dürfte es demnach vorläufig klinisch immer noch gerechtfertigt erscheinen, die

[9]) Fieberhafte Allgemeinerkrankung mit Exanthem bei Röntgendermatitis. Archiv für Derm. u. Syph. 66. Bd., Seite 71 u. ff.

Digitized by Google

spezifische Eigenart der Röntgen-Dermatitis in allen ihren Phasen und Graden, nur als eine Zirkulationsstörung besonderer Art anzusehen. Die Besonderheit derselben aber vor allem darin zu suchen, daß die ganze Dicke der bestrahlten und in die Reaktion einbezogenen Gewebsschichten von einer histologisch nachweisbaren Gefäßdegeneration mit Wandverschließung befallen ist. Die auffallend lange Inkubation der Röntgen Dermatitis gegenüber anderen Entzündungen ist wohl damit nicht erklärt. Sie ist es aber auch nicht mit dem Worte chemische Noxe der Röntgenstrahlen, denn das chemisch wirksame ultra violette Licht besitzt eine relativ ganz kurze Inkubation seiner Folgeerscheinungen. Die den radioaktiven Strahlungen eigentümlich intensive Reizwirkung auf die tierischen Zellen wird vielleicht später einmal noch ihre physikalische Begründung erhalten. Die übrigen Charakteristika der Röntgen-Dermatitis, deren aufallende Persistenz im Gewebe und so unverhältnismäßig langsamen Reparation des letzteren finden ihre Erklärung leicht durch die auch die Zellkerne betreffenden Degenerationserscheinungen sämtlicher Zellgattungen, also nicht nur der die Gefäßwand bildenden, sondern auch der die Gefäßneubildung und den Zellersatz besorgenden Bindegewebszellen der intervaskulären Gewebsschichten (Scholtz, Unna.)

Uebersicht der pathogenetischen und therapeutischen Wirkung der X-Strahlen.

Die Empirie mehrjähriger Studien zahlreicher Forscher und Praktiker hat schon bis nun dazu geführt, mannigfache Nutzeffekte an pathologisch veränderter Haut sicherzustellen. Dieselben wurden nach verschiedenen Gesichtspunkten beurteilt und gruppiert.

Die meisten Radiologen, so zuletzt Pusey[10]) unterscheiden als „gesichert" meist beiläufig folgende Wirkungen durch X-Strahlen:

1. Atrophisierung der normalen Epidermis, deren Adnexe, Talgdrüsen, Haare, Schweißdrüsen, sowie der aus normalen Bestandteilen der Epidermis gebildeten gutartigen Hypertrophien, wie Warzen, Callositäten, Mollusca contagiosa, Milien.

2. Baktericide Wirkungen auf gewisse Bakterienformen, Tuberkelbazillen, Leprabazillen im Gewebe.

3. Elektiv zerstörende Wirkungen auf oberflächliche Wucherungen atypischen Charakters, Neoplasien, wie Epitheliome, oberflächliche Karzinome, Ulcus rodens.

4. Elektiv zerstörende Wirkungen auch in die Tiefe der Gewebe hinein, bei weniger resistenten Neoplasien, wie Mycosis fungoides, manchen Formen von Sarkomen.

5. Metabolische, umstimmende, den krankhaften Stoffwechsel zur Norm zurückführende Wirkungen, z. B. bei Alopezia areata, Canities praematura, Psoriasis vulgaris, chronischem Ekzem, Lichen ruber. Die incitierende Wirkung der Röntgenstrahlen hat bei den genannten und wahrscheinlich bei noch anderen, in ihrem Wesen unbekannten pathologischen Zuständen der Haut eine, oft nur vorübergehende, oft bleibende Umstimmung zur Folge.

6. Eine schmerz- und juckstillende Wirkung auf pruriginöse Affektionen (Pruritus localis, Ekzeme, Lichen ruber, Ulcerationen, zerfallende Karzinome).

7. Eine sekretionsbeschränkende Wirkung auf physiologische, wie pathologische Sekretbildung (Hyperhidrosis, Eiterung, Jauchung.)

Gewiß sind in dieser Uebersicht noch nicht alle Effekte inbegriffen, die sich durch X-Strahlen überhaupt erzielen lassen. Anderseits fallen bei einzelnen Affektionen zwei oder mehrere dieser Effekte zusammen, oder treten hintereinander auf. So sieht man bei hartnäckigen, chronischen Ekzemen auch bei Lichen ruber planus oder verrucosus zuerst die Juckempfindung, viel später nachher die Hautveränderungen selbst schwinden.

Was die sogenannte bakterizide Wirkung der X-Strahlen betrifft, auf die von manchen Autoren immer noch Gewicht gelegt wird, so habe ich ja früher meinen

[10]) The Rationals of and the Indications for therapeutic use of R. Rays. William Allen Pusey M. D. Chicago.

Digitized by Google

Standpunkt dargelegt und glaube, daß es sich hier nicht um eine primäre Vernichtung der Bakterien, sondern des gesamten durch die Bakterienansiedlung in Wucherung versetzten Gewebes mit nachträglichen, vielleicht schon gleichzeitigen Zerfall und Resorption der betreffenden Bakterien handele.

Bei dieser Auffassung entfällt die zweite Gruppe von Wirkungen, indem sie von selbst in die Gruppe vier aufgeht.

Auch Gruppe 5, die metabolische Wirkung der X-Strahlen betreffend, ist klinisch nicht scharf abgrenzbar, da ja vielleicht auch in den hier in Betracht kommenden Erkrankungen uns noch unbekannte Bakterien, oder toxische Einflüsse, in Frage kommen, welche auf dem Wege der künstlichen Entzündung unschädlich gemacht werden, wodurch wieder normale Ernährungsverhältnisse und auch ein normales Aussehen z. B. das normale Pigmentverhältnis der Haut, zustande kommt.

So hängt denn eine gewisse Willkür und Verschiedenheit in der Einteilung der Nutzeffekte, bei verschiedenen Autoren noch ebenso sehr von der noch herrschenden Unklarheit über das Wesen der betreffenden Erkrankungen als von der nicht ganz geklärten Natur der Röntgendermatitis und der durch diese bedingten biologischen Vorgänge im Gewebe ab.

Spezielle Indikationen zur Radiotherapie.

Röntgenbestrahlungen zum Zwecke der Epilation und zur Behandlung von Haarerkrankungen.

Wohl am häufigsten wurden die Röntgenbestrahlungen bis heute zu Zwecken der Epilation verwendet. War dies doch die erste der angegebenen Indikationen. Handelt es sich um Epilationen zu kosmetischen Zwecken, dann wird hiezu von den Röntgenstrahlen jedoch nur dann Anwendung zu machen sein, wenn es sich um zahlreiche dicht beisammenliegende Haarinseln oder um ausgedehnte dicht und sichtbar behaarte Flächen handelt. Denn wir besitzen ja seit vielen Jahren in der Elektrolyse ein recht zweckmäßiges Mittel, zur Erfüllung dieser kosmetischen Aufgabe, das viele Aerzte schon deshalb vorziehen werden, weil es hiezu nicht eines komplizierten, kostspieligen Apparates bedarf, wie es das Röntgen-Instrumentarium bekanntlich darstellt. Es ist auch wichtig darauf hinzuweisen daß eine einmalige Epilation mittels Röntgenstrahlen, wenn dieselbe nicht von intensiver Reaktion gefolgt war, nur in wenigen Ausnahmsfällen schon zu einem endgiltigen Resultate führt. Selbst eine zweitmalige und drittmalige Kur dieser Art hat nur ausnahmsweise. meist bei haarschwachen Individuen, definitives Verschwinden der Haare zur Folge. Die letzteren pflegen, wenn auch meist schwächer und weniger pigmentiert, wieder zu kommen und kenne ich Patienten, an denen, allerdings nicht von mir, 5, 6 und auch mehr längere Serien solcher Bestrahlungen zwecks Epilation durchgeführt worden sind, ohne daß dieselben an den behandelten Stellen noch heute vollständig frei von Haaren wären. Solche oftmalige Kuren sollten, wenn überhaupt, nur über dringliches Verlangen, der vorher gut zu unterrichtenden Patienten erfolgen und ohne Meßapparate nicht durchgeführt werden, da trotz größter Vorsicht bei Gebrauch weicher Röhren leicht stärkere Reaktionen zweiten, ja selbst dritten Grades, auftreten können. welche die geplante kosmetische Verbesserung des Teints durch Setzung von Narben, mindestens aber durch Bildung von Teleangiektasien in eine sehr verfehlte und unerwünschte Richtung bringen könnten. Da solche Vorkommnisse selbst unter dem Gebrauche harter Röhren keineswegs unmöglich sind, insbesondere weniger Erfahrenen, leicht passieren können. ist die Prognose, wie dies auch vielfach angegeben wird, in Bezug auf das Endresultat sehr vorsichtig zu stellen und den Patienten nicht Uebermäßiges zu versprechen. Holzknecht gibt 3—4 H, mit seinem Chromoradiometer gemessen, als jene Dosis an, welche entweder auf einmal oder in mehreren kurz hintereinander folgenden Sitzungen zusammengenommen angewendet werden soll, um den gewünschten Effekt und doch keine

Digitized by Google

üble Folgen zu bewirken. Jedenfalls ist ein gewisser leichter Grad von entzündlicher Reaktion unbedingt nötig, will man die Haarmatrix, die Haarpapille derart schädigen, damit das Haar überhaupt nicht oder doch nur viel zarter und in geringerem Grade pigmentiert zum Vorschein kommt. Es ist Freund gewiß nur zuzustimmen, wenn er jene Endeffekte als die besten schildert, bei denen dieser leichte Grad von Reaktion niemals überschritten wurde. (Grundriß d. ges. Radioth., pag 225.) Es ist wohl überflüssig darauf hinzuweisen, daß gerade bei Röntgenbestrahlungen zu kosmetischen Zwecken die nicht zu bestrahlenden Hautteile namentlich die des Capillitiums der Augenbrauen und aller unbehaarten Partien sorgfältigst mittels Blei oder Bleikautschukplatten zu schützen sind. Jedenfalls ist bei der Epilation mit Röntgenstrahlen zu kosmetischen Zwecken die allergrößte Vorsicht nötig, da es sich ja hier eigentlich nicht um Krankheitsherde, sondern um eine Art von Behandlung handelt, deren moralische Berechtigung von manchen Kollegen, darunter auch Radiologen, heute noch in Zweifel gezogen wird. Anderseits scheint es doch sehr übertrieben und zeigt nur von mangelnder Sachkenntnis, die Methode für diese Zwecke gänzlich zu verwerfen und sie durch Zitierung einzelner krasser Fälle von Ueberdosierungen aus der ersten Zeit der Anwendung mehr als nötig zu diskreditieren, wie dies in letzter Zeit öfters gelegentlich öffentlicher Diskussionen und auch jüngst wieder gerade in diesem Blatte von G. Nobel geschehen ist, der so weit geht, die Depilation bloß mittels Elektrolyse für berechtigt zu halten. Man darf nicht vergessen, daß dicht behaarte, mit feinen lichteren oder lanugoförmigen Haaren bewachsene Hautpartien vollständig elektrolytisch zu epilieren nicht nur zu den zeitraubendsten und keineswegs zum Beispiel an der Oberlippe immer schmerzlosen Eingriffen gehört, sondern daß dieselbe unter solchen Bedingungen einfach meist gar nicht durchführbar ist, ja daß selbst manche dichter sprießende und stark pigmentiert Haare vermöge ihrer schrägen, in mannigfachen Kurven gekrümmten Einpflanzungen einer radikalen elektrolytischen Epilation gar nicht zugänglich sind.[11])

Vorsichtige Radiologen empfehlen gerade zur Depilation die Inanspruchnahme harter Röhren, wodurch das Verfahren mitunter ein langwieriges wird; aber auch unter Anwendung weicher Röhren, jedoch unter geeigneter Benützung von Meßinstrumenten, zum Beispiel des Chromoradiometers oder des Kryptoradioskopes wird es natürlich nur umso rascher und ohne unliebsame Zufälle gelingen die völlige Enthaarung zu erzielen.

Keinerlei Zweifel über die Berechtigung der Inanspruchnahme begegnet die Anwendung der Röntgenstrahlen sicherlich überall dort, wo es sich nicht um kosmetische Zwecke allein, sondern um wirkliche Erkrankungen der Haarfollikel handelt und schon mit einmaliger gründlicher Enthaarung ein wichtiges kausales Moment beseitigt werden kann. — Es betrifft dies vornehmlich parasitäre Affektionen, wie den Favus, die Sykosis vulgaris (Schiff, Freund), ferner manche Folliculitiden, wie die Sykosis nuchae oder Dermatitis papillaris capillitii allenfalls auch hartnäckige Formen von Trichophytie. In allen diesen

[11]) Ich habe mich übrigens über diesen Punkt schon im Jahre 1899 l. c. in folgender Weise geäußert: „Ich verwende vorderhand hauptsächlich noch die Elektrolyse zur Epilation insbesondere, ausschließlich bei Fällen, wo die Haare an verschiedenen Stellen der Körper- oder Gesichtshaut zerstreut und einzeln wachsen. Hier führt die Elektrolyse gewiß mitunter viel rascher und unbedenklicher zum Ziele als die R.-Bestrahlung, die ja nur vorübergehende Epil. schafft. Wenn man bei der Elektrolyse auch durch Anwendung möglichst schwacher Ströme bis höchstens 2 M. A. Schmerz und Narbenbildung vermeiden kann, so ist das R.-Verfahren bei dichter Haarimplantation insbesondere an der Oberlippe oder an empfindlichen Hautpartien zumal aber an blonden Individuen was die Bequemlichkeit betrifft, mit der R.-Behandlung nicht zu vergleichen. Freilich wird erst abzuwarten sein, ob sich bei häufiger Anwendung des Verfahrens an denselben Individuen nicht doch schwerere Störungen irgend welcher Art in der Hautfunktion oder bleibende Entstellungen ergeben werden.

Digitized by Google

Fällen schafft die wenn auch nur vorübergehende gleichzeitige Entfernung aller ergriffenen Haare, nebenher die zweifellos gleichzeitig damit erfolgende Beeinflussung der erkrankten Follikelwände und Oberhautschichten, ein ungemein wertvolles in Bezug auf Raschheit und Bequemlichkeit unübertroffenes Adjuvans zur Therapie dieser Erkrankungen, ja sie besorgt diese meistens schon ganz und gar selbst. Denn man kann sagen, daß für die überwiegende Mehrzahl der Fälle die gelungene Epilation auch schon die definitive Ausheilung bedeutet. Allerdings hängt es von den je nach der Ausbreitung und der Lokalisation der betreffenden Zustände sich sehr verschieden gestaltenden, technischen Schwierigkeiten, sowie wahrscheinlich auch von der Tiefe der Erkrankungsherde, der Länge der Haarfollikel ab, ob nicht doch Rezidiven auftreten. Zumal bei Sykosis vulgaris habe ich wiederholt Fälle gesehen und auch selbst behandelt, bei denen das Leiden nach einiger Zeit wieder aufgetreten ist und erst durch die alte Hebra'sche Methode des lange fortgesetzten Rasierens und Anwendung entsprechender Salbenverbände, Lotionen etc. zur Ausheilung gebracht werden konnte. Bei Lokalisation der erkrankten Follikel im äußeren Gehörgang, in den Nasenlöchern und auf dem Nacken hat mir das Verfahren mitunter außerordentliche Erfolge geschaffen. Es besteht ferner kein Zweifel darüber, daß den Röntgenstrahlen hier eine gewisse natürlich nur indirekte bakterizide Wirkung zukommt und es ist ganz richtig wenn, wie Schiff zuerst beobachtete, schon vor dem Haarausfalle die Pusteln durch ihr Vertrocknen von dieser Wirkung Zeugenschaft ablegen.

Als bestgewählte Dosis für derlei Affektionen werden von Holzknecht bei Gebrauch weicher Röhren, die in solchen Fällen wohl gewiß wegen der hier besonders nötigen Raschheit des Verfahrens anzuwenden sind, 4 bis 5 H seiner Skala angegeben. Ich verwende in solchen Fällen in letzter Zeit den von Kienböck vorgeschlagenen Modus, die gegebene Quantität auf 2 bis 3 kurz hintereinander zu gebende Sitzungen zu verteilen, sozwar, daß bei Inanspruchnahme von je dreimal 15 Minuten für jede Stelle und Vorhandensein 3 bis 4 solcher zu bestrahlender Partien im Gesichte oder am Kopfe die Behandlung noch immer in längstens einer Woche zu Ende geführt werden kann. Auch ich halte zum Zustandekommen einer sicheren Wirkung die Hervorrufung einer entzündlichen Reaktion gerade bei den genannten Affektionen für unbedingt nötig, allerdings nur einer solchen ersten oder zweiten Grades. Zeigte die Haut nach 8 bis 14 Tagen an den bestrahlten Partien nicht einen gewissen Grad von Rötung und Schwellung, dann war die gegebene Dosis gewiß zu klein oder die betreffende Hautresistenz zu groß, so daß die Dosis nach längerer Zeit bei Wiederholung des Verfahrens etwas größer genommen werden mußte.

Auch zur Behandlung von Sykosis parasitaria wurde die Anwendung von Röntgenstrahlen empfohlen. Handelt es sich um mehr oberflächlich sitzende, die Haut beetartig überwuchernde Formen dieser Erkrankung, dann dürfte das Verfahren auch in der Regel Erfolg haben und wegen der Bequemlichkeit allen anderen Verfahren vorzuziehen sein, handelt es sich aber um die hier oft tief im subkutanen Zellgewebe sitzenden Abszesse, dann halte ich auf mehrere Erfahrungen gestützt, die Anwendung der Röntgenstrahlen nicht für zweckmäßig, da deren Penetrationskraft viel zu gering ist, gleichgiltig ob nun mit harten sogenannten penetrierenden oder mit weichen Röhren gearbeitet wird. Wenigstens haben mich mehrere von namhaften Radiologen als geheilt entlassene Fälle darüber belehrt, daß noch viele Monate, nach der Bestrahlung immer wieder Rezidiven der Affektion auftreten. Für diese Formen von tief sitzender Sykosis parasitaria habe ich (vgl. das Protokoll der Sitzungen der Wr. Derm. Ges. vom März—April 1903) zur einzigen und auch definitivkurativen Therapie die Applikation konstanter Wärme als weitaus das sicherste und überlegendste Mittel nachgewiesen und diesbezügliche Fälle dortselbst wiederholt vorgestellt. Den von mancher Seite

Digitized by Google

empfohlenen Vorschlag während des Gebrauches der Röntgenstrahlen noch andere Mittel, wie antiseptische Seifen, spirituöse Waschungen etc. zu belassen oder zu empfehlen, möchte ich nicht beipflichten, wohl aber ist es mir oft vorgekommen, daß ich in Fällen, wo die Röntgenbeleuchtung den größten Teil der erkrankten Herde beseitigt hat, und nur mehr kleine Reste übrig geblieben waren, diese letzteren, anstatt das Verfahren nach einiger Zeit zu wiederholen, mit den gebräuchlichen Mitteln erfolgreich zu Ende behandeln konnte.

Die Röntgenbehandlung des Lupus und anderer Hauttuberkulosen.

Vielleicht die größte Bedeutung haben die Röntgenstrahlen in der Behandlung tuberkulöser Hautkrankheiten insbesondere des Lupus gewonnen. Gleichzeitig zuerst von Kümmel, Freund und Schiff bei Lupus angewendet, hat diese Indikation bei Chirurgen und Dermatologen sehr bald eine umfassende Nachprüfung und ausgebreitete Verwendung erhalten. Die Resultate, die anfangs mit diesem Verfahren gewonnen wurden, ließen viel zu wünschen übrig. Manche der als geheilt proklamierten Fälle erwiesen sich schon gelegentlich der Demonstrationen genauer Inquirierung gegenüber als nicht frei von Knötchen, oder sie wiesen wenigstens schon kurz darauf wieder neue Lupusherde in der bestrahlten Zone auf. Bei Inanspruchnahme harter Röhren und infolge dessen sehr zahlreicher Sitzungen schon zur Behandlung eines einzigen Herdes, natürlich bei der Notwendigkeit noch weit häufigerer Sitzungen, wo es sich um zerstreut sitzende, multiple tuberkulöse Herde handelte, konnte man das Verfahren anfänglich kaum als einen praktisch bedeutenden Fortschritt betrachten. Immerhin konnte schon auf diesem Weg in manchen Fällen viel Nützliches geschaffen werden und gelangten gewiß auch hiemit schon zahlreiche Lupusherde und Kranke zur definitiven Ausheilung. Ich selbst habe den ersten meiner Lupusfälle in Verein mit Dr. Schröder noch im Jahre 1898 und 1899 an der Wiener allgemeinen Poliklinik aus der Ambulanz H. v. Hebras behandelt. Es bedurfte in diesem Falle wohl an 150 Sitzungen (mit harten Röhren) von je zirka 20 Minuten Dauer, um einen, fast die ganze linke Wangenseite, den unteren Teil des äußeren Gehörganges, und eine schmale retroauriculär sitzende Partie der Haut infiltrirenden Lupus vulg. papillaris zur Resorption zu bringen. Nach fast einjähriger intermittierender Behandlung blieb der Patient, dessen Lupus unter Auftreten mehrfacher stets geringer Reaktionen vollständig geschwunden war, durch 4 volle Jahre ohne eine klinisch-makroskopisch sichtbares Ricidiv. Erst im Jahre 1902 begannen sich von der hinteren Ohrfurche aus über das Läppchen hin wieder neuerliche Knötchen zu bilden, wegen deren der Patient neuerdings anfangs des Jahres 1903, diesmal in meinem Ambulatorium im allgemeinen Krankenhause erschien.

Die auf Seite 71 abgebildete Fig. 1 zeigt die Verhältnisse, wie sie sich im März dieses Jahres an diesem Kranken dargeboten hatten. Die ehemalige Lupusfläche erscheint in eine weiße schöne Narbe verwandelt, und nur das vom Patienten in die Höhe gehaltene Ohrläppchen zeigt am Läppchenrande und beiderseits kleine Knötchen. Eine nur dreimalige Exposition mit zusammen zirka 5 Helligkeiten, diesmal natürlich mit weichen Röhren gegeben, bewirkte eine zirka 10 Tage nach der letzten Exposition auftretende ziemlich heftige Reaktion, die zur Exfoliation stellenweise sogar zu oberflächlichen Exulzeration geführt hatte, nach deren Abteilung es innerhalb zirka 3 – 4 Wochen zum gänzlichen Verschwinden der recidivierenden Knötchen kam. Der Vergleich der Behandlung vom Jahre 1898 und 1903, damals in etwa einem Jahre, diesmal in 5 bis 6 Wochen, zeigt wohl deutlich den großen Fortschritt, den die Technik in der Behandlung von Lupus mit Röntgenstrahlen in dieser Zeit gemacht hat, wenigstens was die Bequemlichkeit des Verfahrens betrifft. Ob nun nicht auch diese Behandlung von einem Recidiv gefolgt sein wird, muß ebenso wie in

Digitized by Google

jedem einzelnen Fall, allerdings vorderhand in suspenso bleiben. Man hat sogar auf Grund von Beobachtungen vielfach behauptet, daß nach lebhaften und starken Reaktionen die bis zur Exulceration führen, häufiger Rezidive auftreten als nach solchen Behandlungen (mit harten Röhren), die nur von geringer Reaktion gefolgt waren. Gerade unser Fall jedoch hat wieder gezeigt, daß auch nach der anscheinend mehrjährigen Heilung nach der ersteren sanfteren Art der Behandlung doch auch Rezidive auftreten können. Nehmen wir aber auch an, daß in beiden Fällen ab und zu Rezidive auftreten, was ich besonders bei tiefer liegenden lupös-tuberkulösen Veränderungen sogar für die Regel ansehen möchte, so ist mit der Röntgenbehandlung schon wegen ihrer Bequemlichkeit und z. B. gegenüber der Tuberkulinbehandlung auch bei ihrer Unschädlichkeit mindestens die Möglichkeit gegeben, hiemit auf kurzem, raschen Wege die Hauptmasse der tuberkulösen Gewebe zu entfernen und in Narbe zu verwandeln, was meistens schon von nicht zu unterschätzendem Wert für das Individuum und somit auch für die Praxis ist. Diese Tatsache wird dem Arzte auch in speziellen Fällen zum Gesichtspunkte dienen müssen, ob hier Radiobehandlung oder irgend eine andere der anderen bekannten Behandlungsarten zu wählen sei. Jedenfalls wird aber auch in jedem Falle von Hauttuberkulose der besonders von E. Lang vertretene Standpunkt zu erwägen und dem Patienten eindringlichst bekannt zu geben sein, daß weitaus die größten Chancen zur Radikalheilung nur die auch wirklich radikale Entfernung des Lupus auf operativem Wege mit nachträglicher Plastik d. i. Transplantation gesunder Haut aus der Nachbarschaft oder von anderen Körperstellen her bezogen bietet. Freilich gilt dies nur für jene Fälle, wo die operative Entfernung auch technisch durchführbar ist und vom Patienten auch in Bezug auf das zu erwartende nicht immer verlockende, kosmetische Endresultat gerne akzeptiert wird. Handelt es sich aber um multiple von der Tiefe ausgehende und mit den Knochen verwachsene, oder weit ins Schleimhautgebiet hineinreichende Herde, wie dies die auch rings um die Mundhöhle, Nasenöffnungen, Augenspalten, im äußeren Gehörgang, am Anus sitzende Lupusherde so häufig darbieten und bei denen ohnedies das Vorhandensein tiefer sitzender tuberkulöser Herde wahrscheinlich ist, oder handelt es sich um Lupusherde von besonderer Ausdehnung und Mächtigkeit, bei denen schon wegen der Unmöglich-

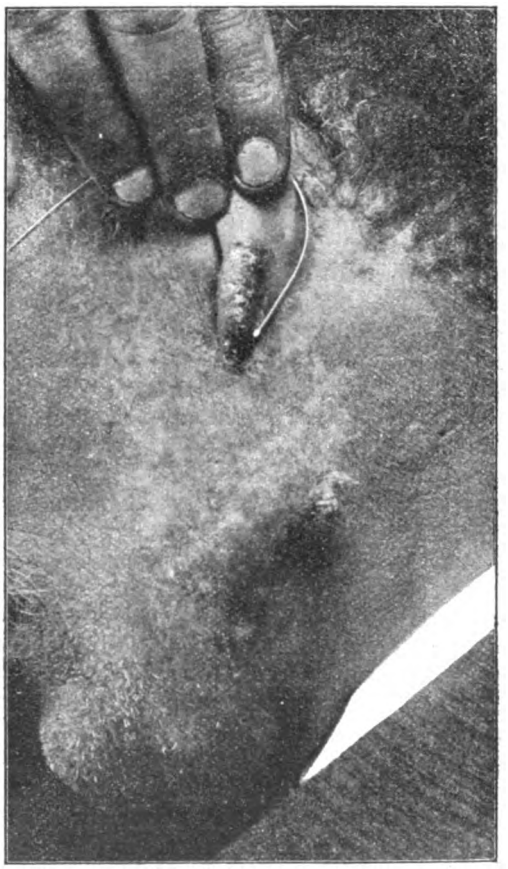


Fig. 1. Rezidive eines mit Röntgenstrahlen mit harten Röhren im Jahre 1898/99 behandelten, durch vier Jahre anscheinend gut geheilt gebliebenen Falles von Lupus papillaris. Die Knötchen an dem Rande des Ohrläppchens und am Kinnwinkel lokalisiert, wuchsen offenbar aus nicht vernichteten Lupuszellen aus der Tiefe. Trotz dieser kleinen Rezidive muß dieses Resultat bei dem zirka 20jährigen Lupus als ein günstiges bezeichnet werden. Die rezidivierenden Knötchen wurden in wenigen Sitzungen mittels weicher Röhre zum Verschwinden gebracht.

Digitized by Google

keit der nötigen Hautbeschaffung behufs Plastik dem operativen Verfahren sich Schwierigkeiten in den Weg stellen, dann dürfte die Entscheidung der Frage ob hier Bestrahlung oder der blutige Weg zur Entfernung der Affektion zu wählen sei, nicht schwer fallen. In kosmetischer Beziehung dürfte ein richtig dosiertes Radioverfahren wohl kaum durch irgend ein anderes Verfahren überboten werden. Die Lichttherapie ausgenommen, die meistens noch schönere Narben setzt. Was die Frage der Rezidive betrifft, so ist Finsens Lichtbehandlung wie wohl schon vielfach angeführt worden ist, auch weit zuverlässiger, zumal in der Zerstörung einzelner oberflächlicher Herde. Allerdings ist auch dieses Verfahren wieder ein viel umständlicheres und kostspieligeres, weil an einen noch größeren Apparat gebundenes. Auch benötigt die Finsenbehandlung durchschnittlich einer unvergleich längeren Dauer und an Schleimhautpartien der Mund-, Nasenhöhle etc. auch weit größeren Schwierigkeiten als das Röntgenverfahren. Wo die Möglichkeit dazu geboten ist, wie in manchen Finsen-Instituten, wird die Kombination mehrerer, z. B. beider Lichtverfahren, oder die Vorbehandlung größerer Lupusflächen mit Pyrogallussalben, aber auch die Kombination des operativen Verfahrens mit den erstgenannten Behandlungsweisen geübt (Abteilung Prof. E. Langs im Wiener allgemeinen Krankenhaus), da solche Kombinationen mitunter am raschesten und auch am sichersten zum Ziele führen. Ohne hier auf die technischen Details der Lupus-Behandlung, sei es mit Röntgenstrahlen, Finsenlicht oder mittels einer anderen Methoden näher einzugehen, da ja diesbezüglich schon vielfach berichtet worden ist, will ich hier nur kurz resumieren, daß ich in der Röntgenbehandlung, sowohl gegenüber dem operativen Verfahren als auch gegenüber den anderen Lichtbehandlungen, schon gar gegenüber dem früher oft propagierten Verfahren des so schmerzhaften Heißluftbrennens. eine wertvolle Bereicherung in der Therapie erblicke, die gerade für den praktischen Arzt und hauptsächlich wieder für obbezeichnete Gruppen von Fällen von größtem praktischen Werte ist.

Folgender Fall, den ich in drei Phasen seines Verlaufes photographieren ließ, und der auch, weil er einen Diener des hiesigen pathologischen Instituts betrifft, von zahlreichen Aerzten mitbeobachtet und kontrolliert worden ist, scheint mir wohl ein gutes Testobjekt für den Wert der Röntgenbehandlung abzugeben, anderseits auch einen deutlichen Beleg für die Richtigkeit der Behauptung zu liefern, daß eine in Bezug auf radikale Ausrottungsmöglichkeit minderwertige Methode, wie es die X-Strahlenbeleuchtung darstellen, in speziellen Fällen von größerem Werte ist, als ein gründlicheres Radikalverfahren, weil es dem Individuum keinerlei Opfer an Zeit, Schmerz etc. auferlegt und ihn nicht einmal einen Tag an seiner Erwerbsfähigkeit hindert.

Wenn auch in diesem Falle erst nach drei, übrigens stets nur ganz kurzen Serien von drei bis vier Behandlungen, die mächtigen tuberkulösen Herde zur völligen Aufsaugung gebracht wurden, so war die vom Arzte und Patienten in diesem Falle aufgewendete Mühe, gegenüber dem auch heute ein halbes Jahr nach der Behandlung vollständig befriedigenden rezidivfreien Resultate eine so geringe, daß schon die Bequemlichkeit, die kurze Dauer und Annehmlichkeit dieser Methode ihr gegenüber jeder anderen den Vorzug gibt. Ceteris paribus geben succulente, großknotige Lupusformen, sowie der L. verrucosus mit starker Hypertrophie des Hornlagers raschere und bezüglich Rezidive günstigere Resultate als Lupus nodularis disseminatus. Ursache hiefür ist offenbar die Lockerheit des Zellgefüges und der mehr oberflächliche Sitz der erstgenannten gegenüber den letztgenannten Formen, mit derberem Gefüge und oft tieferem Sitze der Einzelherde.

X-Strahlen bei anderen nicht tuberkulösen Granulomen, Mykosis fungoides, Lepromen, Gummata, torpiden Wundgranulationen.

Es gebührt nebst anderen Forschern namentlich Scholtz in Breslau das Ver-

Digitized by Google

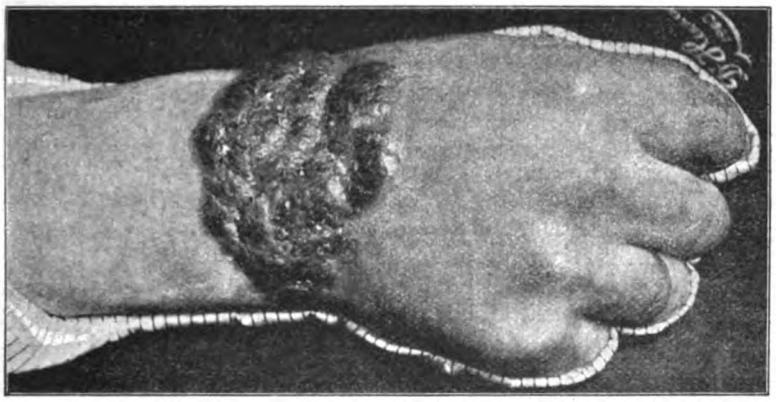


Fig. 2. Tuberculosis verrucosa des rechten Handrückens über dem Handgelenke. Die Affektion war eigenartig durch einen gewissen Grad von phlegmonöser Schwellung, die vielleicht durch eine Mischinfektion mit Lues (Kadaverinfektion) bedingt war. Eine analoge, etwas kleinere Plaque fand sich an der Dorsalfläche der linken Handwurzelgegend. Photographie nach einem Moulage Dr. Karl Hennings vom Dezember 1902, vor der Röntgenbestrahlung aufgenommen. — Vergl. darüber die interessante Krankengeschichte, gegeben am 27. Mai 1903. (Protokoll der Wien. dermatol. Ges.; Archiv f. Dermatologie, Bd. 47, p. 293.)

dienst, gezeigt zu haben, daß die chemisch reizende und entzündungserregende Wirkung der X-Strahlen in vorteilhafter Weise auch zur Beseitigung, bezw. Einschmelzung anderer gutartiger Neubildungen herangezogen werden kann, namentlich solcher, welche schon von Natur aus leicht zur Degeneration ihrer Zellen neigen, wie gerade der lupösen. So haben Scholtz und Riehl auch Knoten und prämykotische Hautinfiltrate von Mykosis fungoides örtlich zum völligen Verschwinden gebracht, selbstverständlich ohne den Grundprozeß dieses rätselhaften Leidens damit zu beeinflussen. Riehl konnte sogar in letzter Zeit nachweisen, daß sämtliche in der Haut der betreffenden klinischen Patientin lokalisierten Stadien der Infiltration mittels X-Strahlen dauernd zum Verschwinden gebracht wurden. (Wiener derm. Ges., Sitzung vom November und Dezember 1903.) Die Einschmelzung solcher Wucherungen dürfte ebenso wie dies am Lupusgewebe vielfach schon histologisch nachgewiesen worden ist (Doutrelepont, Grouven,

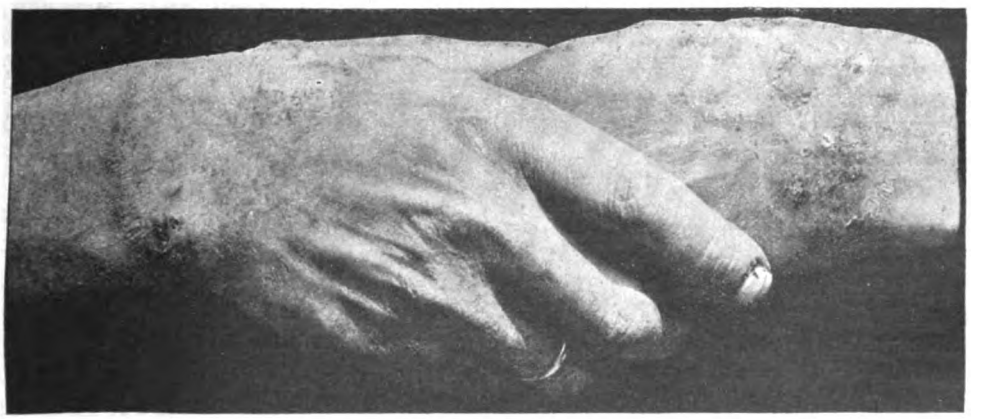


Fig. 3. Dieselbe Affektion (Mitte Februar 1903) nach dem Abklingen der Reaktionserscheinungen nach fünfmaliger Bestrahlung mit mittelweichen Röhren. Wesentliche Abflachung der Infiltrate. Einzelne Lupusknötchen in dem leicht narbigen atrophischen Gewebe sind noch sichtbar.

Digitized by Google

Pilnoff, Scholtz u. a.), in der Weise vor sich gehen, daß während der Dauer der Reaktion durch das Eindringen von Leukozyten die ohnehin nicht sehr widerstandskräftigen Gewebe gewissermaßen aufgewühlt und gleichzeitig einem raschen Zerfalle ihrer zelligen Elemente, im Sinne vakuolisierender und fettiger Degeneration preisgegeben werden. Aehnliche Vorgänge sollen übrigens von mehreren Seiten an schlappen sarkomartigen Granulationen histologisch nachgewiesen worden sein; es wurden in solchen Fällen durch Röntgenbestrahlungen die schlappen Wundflächen zur raschen Ueberhäutung gebracht.

Einen minder deutlich heilsamen Einfluß auf Lepraeffloreszenzen, Leprome, konnte hingegen sowohl Scholtz wie Delacamp nachweisen, vielleicht ein Beweis dafür, daß nicht alle granulomartigen Bazillosen ein passendes Objekt für Röntgenstrahlen abgeben. Länger bekannt ist dies ja auch von den verschiedenen Bildungen syphilitischer Natur. Luxurierende, exulzerierte Papeln, Gummata, werden in ihrem Bestande nach mehrfachen Erfahrungen durch Röntgenisieren ja auch kaum beeinflußt.

X-Strahlen bei malignen Neoplasmen.

Ebenso wie bei den tuberkulösen und anderen chronischen entzündlicheu, mehr gutartigen Neubildungen hat sich ein zweifelloser, sehr beachtenswerter Einfluß der X-Strahlen auch auf Neoplasmen maligner Art gezeigt. Ganz besonders sind es oberflächlich sitzende Epitheliome, auch solche mit bereits vorhandener Exulzeration, die, wie zuerst Gocht, dann Möller und Sederholm. Sjögren, dann Schiff und viele andere gezeigt haben, sehr bald in günstiger Weise beeinflußt, in vielen Fällen geradezu zur völligen und dauernden Involution gebracht werden. Für flache, die tiefen Lymphbahnen noch nicht infiziert habende Epitheliome, dürfte das Verfahren heute tatsächlich das beste darstellen, über welches die Medizin verfügt, zumal ja hier auch oft der Vorteil eines günstigen, kosmetischen Ausganges in Betracht kommt, wie besonders bei dem im Gesicht sitzenden flachen Hautkrebsen. Anders steht natürlich die Frage, wo mit der Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit, einer schon tiefer gehenden Infektion zu rechnen ist. In solchen Fällen dürfte natürlich das Messer dem

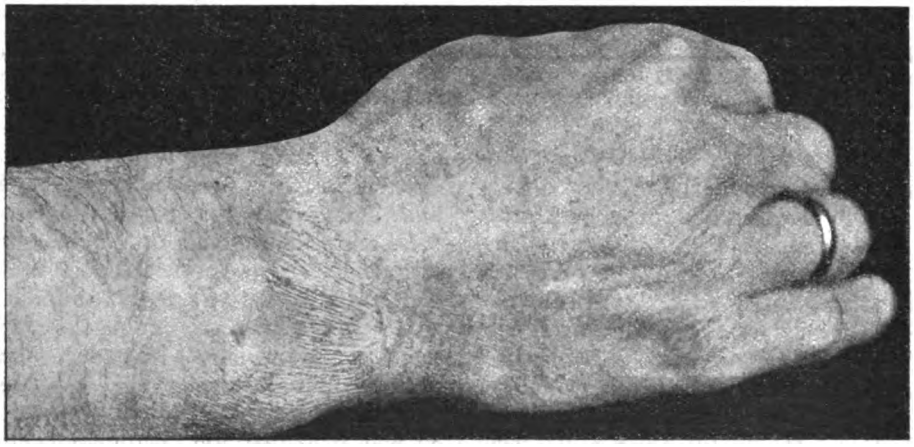


Fig. 4. Dieselbe Hand wie Fig. 2 nach einer zweiten Serie (Ende Mai 1903) von fünf Bestrahlungen und nur mäßiger Reaktion. Weder mit freiem Auge noch mittels Glasdruck lassen sich Lupusknötchen mehr wahrnehmen. Die Haut ist glatt, stellenweise leicht atrophisch in kleinen zarten Fältchen erhaben. Anscheinend völlige, lokale Ausheilung der Tuberkulose. Keinerlei Knötchen sichtbar, auch nicht mit Glasdruck. Derselbe Befund an der anderen Hand. Photographie von Ende Juli 1903. Derselbe Befund besteht auch noch derzeit (Ende 1903).

Digitized by Google

Röntgenverfahren in der Regel vorzuziehen sein. Für inoperable Karzinome ist mehrmalige Bestrahlung zur Beseitigung einzelner Symptome zumal die Schmerzhaftigkeit, aber auch des jauchigen Zerfalles der exulzerierten Oberfläche bei Haut- und Schleimhautkrebsen bereits wiederholt mit großem Vorteil in Verwendung gezogen worden. (Eikmann.) Dasselbe gilt für Fälle von Ulcus rodens, aber auch für Sarkome, besonders solcher für rundzelliger Natur. Nach den Beobachtungen von C. Beck, Coley, Krogius u. a., besteht auch kein Zweifel mehr darüber, daß gewisse spindel- und rundzellige Sarkome, sowie auch Melanome unter dem Einfluß der Röntgenstrahlen wenigstens an ihren oberflächlichen Partien ihre Malignität verlieren, indem deren Zellen einem raschen Zerfall- und Resorptionsprozeß anheimgegeben werden. Selbst große, kugelige, subkutan sitzende Tumoren (Lymphosarkome), sah ich nach intensiven Bestrahlungen zurückgehen. (Ein Fall aus Dr. Holzknechts Beobachtung, durch dessen Freundlichkeit.)

Bei der Wichtigkeit dieser Indikation ist es ja selbstverständlich, daß hier nur durch das Zusammenwirken von Chirurgen mit den radiologisch versierten Dermatologen in der nächsten Zeit ein richtiges und definitives Urteil über den Wert dieser Methode erbracht werden wird. Bezüglich der Dosierung der zur Beseitigung der verschiedenen hier genannten Granulome, Geschwülsten, Neoplasmen ist wegen Wegfalles kosmetischer Rücksichten wohl am zweckmäßigsten von vorneherein mit stärkeren Dosen vorzugehen und die Behandlung möglichst auf wenig Sitzungen zu beschränken. Dosen von 5—6 und noch mehr H. in einigen wenigen, ja selbst in einer einzigen Sitzung zu geben erscheint für solche Fälle möglich und ratsam. Nach bisherigen Berichten kann hier von schädlichen Folgen, z. B. einer Verschleppung von Keimen nicht die Rede sein und das Verfahren als ein unschädliches bezeichnet werden, vorausgesetzt, daß nur die gesunde Umgebung genügend abgedeckt worden ist. Auch dürften in manchen Fällen noch geringere Dosen 4—5 H. der angestrebten Involution der Neoplasien Genüge leisten. Die Ausdehnung der Neoplasmen der Fläche aber auch der Tiefe nach und die je nach der Lokalisation der Neoplasmen gebotene Vorsicht, werden hier selbstverständlich in jedem einzelnen Falle entsprechend in Rechnung zu ziehen sein. Ich selbst habe in der jüngsten Zeit von der Anwendung der X-Strahlen bei zwei flachen Hautepitheliomen sehr schöne und nach bisheriger Erfahrung auch höchstwahrscheinlich andauernde Erfolge gesehen.

Röntgen-Strahlen als Mittel zur Beseitigung einiger anderer häufiger Dermatosen und Schleimhautaffektionen.

(Lupus erythematodes, Psoriasis vulgaris, Ps. mucosae oris, Lichen ruber, Verrucositas, Papillomata venerea, Clavi, Akne vulgaris, Ekzema, Pruritus localis und Hyperhidrosis.)

Die Natur des Lupus erythem., von uns in ihrem Wesen noch wenig gekannt, ist jedenfalls eine derartige, daß wir wohl von keiner der bisher empfohlenen Therapien viel zu erwarten, von keiner uns bis jetzt ein definitives Verschwinden der Plaques versprechen dürfen. Umso begreiflicher ist es, daß man auch diesen Zustand mit allen neuen Methoden, z. B. mittels der Röntgenstrahlen zu behandeln suchte Es wird sogar von einzelnen Herren, wie Sjögren, Schiff u. a., über gute Resultate berichtet, ich selbst habe jedoch keinen einzigen durch Röntgenstrahlen geheilten Fall unter allen den zahlreichen Behandelten gesehen, darunter auch einzelne aus meinem Ambulatorium stammende Fälle, so daß ich nicht glaube, daß hier mittels Radiotherapie ein spezifischer Einfluß auf das krank machende Agens ausgeübt werden kann, sei es, daß nur mit seltenen aber starken oder häufigen und schwachen Bestrahlungen vorgegangen wird. Da in einzelnen Fällen im Gegenteile nach intensiver Behandlung sich sogar das Aufschießen neuer Plaques in der Umgebung zu ereignen pflegt und ich dasselbe auch nach Röntgenbehandlung beobachten konnte, möchte ich auch die Radiotherapie bei Lupus erythem. eher für kontraindiziert

Digitized by Google

als für indiziert halten. Eine ganz besondere Ausnahme würden vielleicht solche Fälle darstellen, bei denen die Affektion in Form einzelner größerer, langgetragener, stark hyperkeratotischer und scharf abgegrenzter Plaques auftritt, sich bereits in Desquamation befindet, und auch nur, falls die bisher angewendeten Mittel keinen Effekt hervorgebracht haben. In jedem Falle von L. eryth. müssen aber die zu behandelnden Partien streng isoliert und alle übrigen mit Bleischutz gedeckt werden, da die Irritation der Röntgenstrahlen in solchen Fällen auf die noch intakte Haut geradezu provokatorisch zu wirken pflegt. Die Dosis wäre für eine Sitzungsserie höchstens 2—3 H. zu nehmen, aber eventuell öfters nach längeren Intervallen zu wiederholen, um Excoriationen sicher zu vermeiden.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der Psoriasis vulgaris.

Die Behandlung dieser Affektion mit Röntgenstrahlen gibt, wie von allen Seiten angegeben wird, und wie ich aus eigener reicher Erfahrung bestätigen kann, vorzügliche Resultate. Schon nach wenigen Bestrahlungen, selbst mit sehr geringen Dosen, findet man die Schuppenbildung im Abnehmen, die Schuppen fallen häufig von selbst ab und hinterlassen eine trockene, nicht mehr blutende, nicht mehr so aufgelockerte Oberfläche. Schließlich verheilt die einzelne Plaque unter starker dunkelbrauner Pigmentbildung und hinterläßt eine glatte, schuppenlose Oberfläche. Dies gilt vor allem für einzelne größere Plaques, mögen dieselben mit noch so dicken Schuppenlagen bedeckt sein; auch die Lokalisation spielt hiebei für den Erfolg kaum irgend eine Rolle. Selbst in Fällen von Psoriasis capillitii, bei denen es sich um einzelne größere, wegen gleichzeitiger totaler Alopecia praecox recht auffallende und häßliche Plaques handelte, wurde mit ausgezeichnetem Erfolg behandelt. Der eine, von zwei betreffenden Patienten ist ein sehr beschäftigter Arzt, der bisher durch Jahre vergeblich die störende Affektion zu beseitigen gesucht hatte. Etwas schwieriger gestalten sich natürlich die Verhältnisse, wenn ausgedehnte Körperpartien, eventuell der ganze Körper, mit diffusen Infiltraten oder zahlreichen kleineren oder größeren Plaques besetzt sind, oder wenn die Affektion exanthematisch in Form von kleinen punktförmigen bis linsengroßen Effloreszenzen auftritt. Man hat in solchen Fällen ebenfalls Beleuchtungen angewendet und teilweise damit Erfolge gehabt. Diese meist in Proruption befindlichen Fälle zu bestrahlen, halte ich jedoch für contraindiziert, da die Haut zu reizbar ist und die Proruption weiterer Proriaspapeln durch prophylaktische Bestrahlungen nicht gehindert wird. Nach allem dem, was ich gesehen und selbst erfahren habe, möchte ich prinzipiell gänzlich davon abrathen, nicht veränderte Körperpartien auch nur schwachem Röntgenlichte auszusetzen, sondern stets nur Plaques unter sorgfältigem Abdecken aller gesunden Partien, wie dies bei einzelnen Plaques auch leicht möglich ist. Unter solchen Kautelen halte ich die Röntgenbestrahlung für eine wertvolle Bereicherung der Therapie der Psoriasis vulgaris. Ich kann nicht sagen, daß ich nach Verschwinden der Plaques durch Röntgenbestrahlung größere und öftere Rezidiven gesehen hätte, als nach irgend einer anderen Behandlung. Wenn diesbezüglich in der Literatur bestimmte Angaben gemacht wurden, oder in öffentlichen Diskussionen Befürchtungen laut wurden, beruht dies offenbar auf unzweckmäßigen Behandlungsmethoden, namentlich indem entweder zu intensiv beleuchtet vielleicht auch nicht genügend abgedeckt wurde. Als Beleuchtungsquantität würde ich, soweit mit weichen Röhren gearbeitet wird, nach meinen Erfahrungen in maximo 2—3 H. annehmen, welche Dosis zuletzt auch von Holzknecht hiefür angegeben wurde. Besser ist es jedenfalls mit möglichst geringen Dosen zu bestrahlen. Wiederholt hat sich mir bei ausgebreiteter Psoriasis die Behandlung gewisser Partien mit Röntgenstrahlen gleichzeitig die der anderen Partien mittels Salbenverbänden als praktisch erwiesen, da es ja dem Patienten in der Regel hauptsächlich darauf ankommt, möglichst rasch das lästige

Digitized by Google

Uebel zum Verschwinden zu bringen. Leider können wir ja niemals sagen, auf wie lange. Wenn es aber auch scheint, daß in dieser Beziehung mit den Röntgenstrahlen nicht viel gewonnen wurde, so ist es doch die Bequemlichkeit, die relative Annehmlichkeit der Behandlung, wenn sie verläßlich geübt wird, gegenüber allen Salbenbehandlungen, selbst gegenüber der jüngst von Drew angegebenen Salizylseifenteerchrysarobintherapie für die Wahl entscheidend.

Auch in Fällen von Psoriasis gravis, bei ungemein herabgekommenen anämischen Kranken, habe ich Röntgenbeleuchtung in letzter Zeit angewendet. Der örtliche Erfolg war auch hier derselbe, recht befriedigende. Hartnäckig zeigt sich in einem Falle die Psoriasis an der Mamma. Große Schwierigkeiten bietet selbstverständlich die Behandlung des Capillitiums, wenn dasselbe noch stark behaart ist, da ja im letzteren Falle die Dosen sehr schwach (1—2 H.) genommen werden müßten, so zwar, daß die Psoriasis schwindet, ohne daß Haarausfall erfolgt. Es ist ein derartiges Vorkommnis denn doch nicht absolut sicher zu vermeiden. Ich würde in Zukunft Psoriaiss der Kopfhaut, außer bei mit Glatzen Behafteten, aus diesem Grunde nicht zur Behandlung empfehlen.

Psoriasis mucosae oris. Leucoplacia oris. Ebenso günstig wie auf Epithelverdickungen der Oberhaut scheinen, mit nötiger Vorsicht angewandt, die X-Strahlen auch auf der Mundschleimhaut zu wirken. In drei Fällen dieser Affektion habe ich einzelne umschriebene Stellen der mehr diffusen Leucoplacie an der Zunge und Wangenschleimhaut durch X-Bestrahlung (Dosis unter 4 H.) unter meist relativ intensiven Reaktionserscheinungen zur glatten Abheilung gebracht. Gegenüber dem Aussehen der nun behandelten Stellen zeigten die bestrahlten nach Ablauf der Reaktionserscheinungen ein ausgesprochen zartes von ganz normaler Schleimhaut sich nur sehr wenig unterscheidendes Aussehen. Das Verfahren bedarf mit Rücksicht auf die noch kurze Zeit seit Beendigung der Behandlung, in meinen ersten beiden Fällen — der dritte Fall steht noch in Behandlung — bezüglich Dauererfolg noch einiger Reserve zur definitiven Beurteilung.

Für die Behandlung von Lichen ruber wurde die Röntgentherapie in den letzten Jahren zumal von amerikanischen Aerzten angegeben und der Erfolg meist als ein sehr befriedigender bezeichnet (Zeisler, Macleod, Puseyu. a.).

Ich habe bisher in zwei Fällen Gelegenheit gehabt, Bestrahlungen vorzunehmen. In einem Falle handelte es sich um einen Lichen ruber exanthematicus, der hauptsächlich an den Streckseiten aller vier Extremitäten lokalisiert war. Ich habe in diesem Falle versuchsweise nur eine Stelle am rechten Fußrücken und um die innere Malleolarpartie herum mit Röntgenstrahlen behandelt, um den Effekt im Verlauf der Erkrankung zu studieren. Ich applizierte dorthin Dosen in der Gesamtmenge von zirka 4 H. auf ebensoviele Sitzungen verteilt; nach zehn Tagen stellte sich starke Rötung ein, die nahezu 16 Tage andauerte, nach dem Rückgang der Reaktionserscheinungen waren alle Lichenpapeln geschwunden, die im Bereich der Bestrahlungszone saßen, während alle übrigen Effloreszenzen am Körper unverändert blieben.

Der Patient, der bis dahin schon längere Zeit — seit zwei Jahren — in der usuellen Arsenbehandlung mit Pill. asiat. gestanden war, bedurfte noch weiterer vier Monate kontinuierlicher Arsenikmedikation, bis die übrigen Lichenefflorescenzen an den anderen drei Extremitäten und am Stamm zurückgegangen waren. Auch späterhin war die bestrahlte Partie, abgesehen von einer intensiveren graubraunen Pigmentation, anscheinend besser geheilt, wenigstens glatter und zarter als die nicht bestrahlten Partien seines Körpers. Jede einzelne Effloreszenz war nur durch etwas Pigmentverlust also leukodermaartig gekennzeichnet, während an den nicht bestrahlten Partien noch spurenweise Erhebungen bestanden. Selbstverständlich konnte ich hier bei der dispersen Ausbreitung der Effloreszenzen eine Abdeckung nicht vornehmen.

Digitized by Google

In einem zweiten Falle handelte es sich um eine einzelne haselnußgroße verruccöse Plaque in der Kniebeuge und eine zweite kleinere an der Kniescheibe. Es wurde hier nach je fünf Bestrahlungen eine Reaktion ersten Grades (starke Rötung, leichte Schwellung) gesetzt; nach Ablauf dieser waren die warzigen Erhebungen zum großen Teile geschwunden. Fünf Wochen nach der ersten Bestrahlungsserie, die Anfang Mai stattgefunden hatte, wurde im Juni eine zweite solche Bestrahlungsserie gemacht, wonach die Plaques völlig verschwunden waren. Der Patient, der seit vielen Jahren kein Arsen genommen hatte, da er es nicht vertrug, war über den guten und raschen Erfolg seiner lang getragenen Affektion sehr erfreut. Ich würde für die Zukunft Lichen ruber veruc. circumscriptus wie alle Keratome als eine sehr geeignete Indikation zur Röntgenbehandlung ansehen.

In den Fällen von Lich. rub. dis seminatus jedoch würde ich zunächst die Behandlung mit Arsen durchführen und nur hartnäckig zurückbleibende Plaques bestrahlen. Auffallend ist, daß die bestrahlten Partien nach Ablauf der Reaktion viel weniger Jucken zeigen als unbestrahlte. Die juckenmildernde Eigenschaft der Röntgenstrahlen (vgl. später) dürfte demnach bei einzelnen Dermatosen auch symptomatisch als Adjuvans der Behandlung in Betracht kommen.

In einer großen Anzahl von Warzenbildungen, sowohl planer, sogenannter juveniler, und als auch stark erhabener, zerklüfteter und mehr papillomatöser Formen, als ferner auch bei den senilen V. sebaceae habe ich die Wucherungen zum völligen Verschwinden bringen können, ohne irgend welche andere chirurgische oder chemisch ätzende Maßnahmen in Anspruch nehmen zu müssen. Bei sorgfältiger Abdeckung einer jeden Warze, wobei nahe bei einander stehende sehr gut gleichzeitig beleuchtet werden können, werden in mehreren kurzen, aber intensiven Bestrahlungen, man kann dabei bis 5 H. gehen, ganz lokale Entzündungen erzeugt, nach deren Verklingen die Warzen in der Regel sehr bald zum großen Teile oder gänzlich geschwunden waren. Bei einzelnen ist eine Wiederholung des Verfahrens nach einigen Wochen gar nicht nötig gewesen, bei anderen hatte erst diese den gewünschten Erfolg. Während für epitheliale, mehr breit aufsitzende Warzen, insbesonders wo dieselben multipel aufgetreten sind, die Röntgenbestrahlung eine sehr angenehme und wertvolle Bereicherung der Therapie darstellt, wäre das Verfahren selbstverständlich für kleine länger gestielte oder singulär auftretende Epithelialwucherungen gegenüber den einfachen chirurgischen Eingriffen, kein allzu großer Gewinn. Perthes hat über ähnliche Fälle in letzter Zeit ausführlich berichtet.

Auch bei Papillomata venerea habe ich das Verfahren bereits zweimal versucht. Hartnäckig recidiv. Pap. ven. auf der Glans und in dem Sulc. coron., die zum Teil chirurgisch, zum Teil mit argent. nitr.-Stift und Plumb. caust. behandelt, dennoch damit nicht völlig beseitigt werden konnten, beleuchtete ich im Sommer dieses Jahres dreimal mit Röntgenstrahlen. Es trat eine nur sehr leichte entzündliche Reaktion der bestrahlten Partie auf und während der Patient durch fast ein Jahr fortwährend an Rezidiven seiner Affektion gelitten hatte, scheint er nun seither endgiltig hievon befreit. In einem anderen Falle waren bei einer Dame meiner Privatklientel an der unteren Hälfte der hinteren Vaginalwand hartnäckig recidivierende beetartig prominierende Warzenbildungen aufgetreten. Trotzdem dieselben von anderer Seite auch von mir mit verschiedenen Ätzmitteln behandelt und sogar wiederholt Exstirpationen einzelner Partien gemacht worden waren, entschloß ich mich gelegentlich einer neuerlichen Rezidive vorerst eine kleine etwa Guldenstück große Partie zu röntgenisieren. Schon am vierten Tage nach der letzten von drei Beleuchtungen mit mittelweichen Röhren bei einer Röhrenwanddistanz von 15 cm und je 15 Minuten Dauer begann die Schleimhautstelle sich etwas zu röten, später zu schwellen. Die Anbringung eines Dosierungsknöpfchens war wegen der Enge des Raumes nicht möglich gewesen,

Digitized by Google

denn ich benützte damals eine trichterförmige Blende nach Art der von Gustav Kaiser angegebenen mit entsprechendem Ausschnitte. (Vergl. später.) Die Patientin hatte durch etwa 14 Tage mit leichten brennenden Schmerzen einhergehende Reaktionserscheinungen. Die Papillome sanken sichtlich darunter ein und waren ohne weiteres Hinzutun nach 3 Wochen völlig geschwunden.

Ein nicht so geeignetes Objekt für die Radiotherapie als rein epiteliale Verdickungen stellen die tiefer in die Cutis hinabreichenden, meist aus chronischen

Fig. 5. Auf der Lateralfläche des rechten Vorderfußes bestand eine durch mehrere Jahre zunehmende schmerzhafte Hautverdickung. Trotz langdauernder Behandlung mit Pflastern, Salbenverbänden etc., wuchs die Wucherung. Auch eine im November 1902 vorgenommene Exkochleation brachte nur wenig Veränderung. Man dachte an der betreffenden Spitalsabteilung an ein Lupuskeratom. Die Photographie zeigt den Status dieses entzündlichen Keratoms vom Februar 1903. Die X-Bestrahlung erfolgte anfangs März und Mitte April 1903, je fünfmal bis zur leichten reaktiven Exkoriation. Das Keratom schwand, ebenso die entzündliche Beteiligung des daruntergelegenen Bindegewebes. Derzeit besteht vollständig glatte Vernarbung der nicht mehr prominenten Gegend. Starker langdauernder Schuhdruck bewirkte jedoch in den letzten Wochen leichte Schmerzhaftigkeit. — Der Erfolg der Radiotherapie wurde hier durch die mangelnde Hygiene der Fußbekleidung und die stehende Beschäftigung der Patientin als Ladenmädchen zweifellos beeinträchtigt.

Entzündungen entstandenen fibrösepithelialen Druckschwielen, wie sie an Händen und Füßen oft zur Beobachtung gelangen. Hieher gehören namentlich die entzündeten Clavi, Hühneraugen. Es scheint, daß in solchen Gebilden durch entsprechend intensive Beleuchtung und im Gefolge einer entsprechenden Reaktion der epitheliale Anteil derselben gänzlich, der mehr fibröse Anteil jedoch nur teilweise, höchstwahrscheinlich in seinen jüngeren embryonalen Zellelementen zur Resorption gelangt. — Sorgfältige Schonung der behandelten Teile vor neuen Schädlichkeiten, Druck, unzweckmäßige Schuhbekleidung, Erfrierung hat aber auch in solchen Fällen eine andauernde Besserung, Wegbleiben der Entzündungen, Druckschmerzen etc. zur Folge. — Perniones oder diffuse Erytheme infolge Congelation werden vorübergehend durch die Reaktion der X-Strahlen gebessert, kommen aber in der kalten Jahreszeit wieder, wie ich an einem Falle von Clavus mit gleichzeitiger Pernionenbildung zu sehen Gelegenheit hatte. Es gilt hier offenbar auch das schon von der Acne rosacea Gesagte. — Für schwere, durch Schmerz sehr belästigende entzündete Clavi, namentlich für die operativ nicht gut entfernbaren interdigital sitzenden, halte ich die Radiotherapie für einen therapeutischen Fortschritt. — Fig. 5 zeigt die Abbildung eines eigentümlichen Falles dieser Art, bei dem vielleicht auch beginnende lokale Tuberkulose (Lupuskeratom) mit an der Hartnäckigkeit Schuld trug. Die histologische Diagnose wurde jedoch nicht gemacht.

Seit jener Zeit bediene ich mich behufs Lokalisierung der X-Strahlen auf bestimmte kleinere Stellen nicht nur an oder in dem schwer zugänglichen Genitale sondern auch auf perigenitale Regionen, z. B. Perineum, Zirkumanalgegend, für Stellen der Achselhöhle, des Gesichtes, der behaarten Kopfhaut derlei Trichter, von denen ich mir an einem

Digitized by Google

eigenen nach drei Richtungen verschieblichen Stative, jedesmal ansteckbar, zwei verschiedene Größen und zwar für längere und kürzere Distanzen der Tube in Vorrat[12]) halten lasse. Die Patienten kaufen sich den hohlen Bleikegel schon aus Reinlichkeitsgründen gerne selbst. Bei Rückvergütung des Bleiwertes kostet so ein Ersatzkörper gegen eine Krone. Die an einem beweglichen Schutzbrette auf einem fixen Messingreif jedesmal aufsteckbaren, mit zwei Schrauben fixierbaren, entsprechend dem Herde an der Spitze rund, oval, schräg und verschieden hoch abgestutzten Bleitrichter stellen also eigentlich Kegelstutzen vor und haben alle an der Basis gleiche Weite aber verschiedene Höhe. Für Beleuchtungen aus kurzer Distanz wählt man die Höhe des Kegels 12 cm, für längere Distanz 20 cm. Durch Abstutzen der Spitze, das mittels eines scharfen Federmessers nach Bedarf, je nach der Ausdehnung des zubestrahlenden Herdes, besorgt werden kann, wird die Höhe des Kegels selbstverständlich entsprechend verringert. Auf der dem Patienten abgewendeten Seite des aus zwei Holz- und dazwischen einer Bleiplatte bestehenden 45 cm im Quadrat messenden Schutzschirmes befindet sich eine zentrale Öffnung, deren Umrandung und Umgebung mit Isolirlack bestrichen ist, so daß man selbst harte, natürlich umsomehr weiche Röhren unmittelbar vorsetzen kann. Beträgt der Abstand der Röhre vom Schutzschirm nur $^1/_2$ cm, so schlagen keine Funken mehr auf Stativ oder Patienten hinüber. Diese Trichter bewähren sich zur Therapie recht gut, viel besser als für Durchleuchtung oder Photografie. Da durch die Lichtung derselben hindurch ja nur die zentralen und stärksten der X-Strahlen, die von der Röhrenwand abgehen bis an den Krankheitsherd gelangen, die mehr peripheriewärts von der Röhre ausgesendeten X-Strahlen aber zum größten Teile von der Wand der Schutzvorrichtung absorbiert werden, ist der Effekt der Beleuchtung wohl ein etwas und zwar sehr unbedeutend geringerer, aber völlig ausreichender. Durch diese einfache Schutzvorrichtung wird es einerseits in gewissen Fällen den Patienten ermöglicht, die Bestrahlungen in bequemer, auch sitzender Position zu erhalten und ihnen auch die oft lästige Bedeckung des Gesichts oder sonstigen Hautpartien mit schweren, nicht für jedermann appetitlich erscheinenden Bleiplatten oder Masken zu ersparen. Dem Arzte wieder gewährt diese Art der Abdeckung in vielen Fällen große Zeitersparnis durch die Möglichkeit einer viel bequemeren Abblendung bei tiefer gelegenen ausgehöhlten oder sehr gewölbten Haut- resp. Schleimhautpartien.

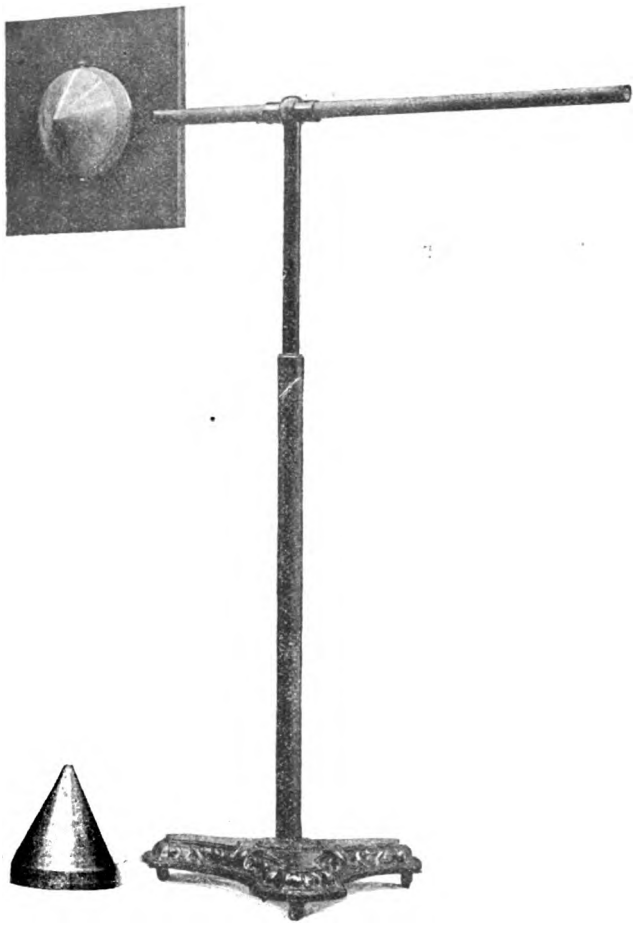


Fig. 6. Schutzplatte mit aufsetzbaren, verschieden tiefen trichterförmigen Bleiblenden zur Beleuchtung mit X-Strahlen. Das Stativ ermöglicht die Verschiebung der Blenden in verschiedene Höhen und nach verschiedenen Richtungen um eine horizontale Achse. Außerdem ist die Achse selbst drehbar.

[12]) Die Firma Reiniger, Gebert & Schall hat mir Schirm und Stativ, sowie die Bleitrichter nach meiner Angabe geliefert, wie obenstehende Abbildung zeigt, und hält auch solche Trichterblenden in Vorrat.

Digitized by Google

Zu jenen Affektionen, bei denen es an einer gut wirksamen Behandlungsweise nottut, die gleichzeitig den Vorzug einer gewissen Bequemlichkeit besitzt, gehören unbestritten verschiedene Formen der Akne. Sehen wir vorderhand von den medikamentösen Follikulitiden und gewissen, mehr spezifischen Formen der Akne ab, und fassen nur die mit Komedonenbildung einhergehende vorzugsweise an juvenilen Individuen auftretende Akne ins Auge, so ist dieselbe wegen ihrer Neigung zur Chronizität gewöhlich nur während der Zeit ihres ersten Auftretens ein Behandlungsobjekt. Hat das Individuum den Wert der Hygiene, der prophylaktischen Desinfektion der Haut mittels Seifen, Schwefelseifen etc., erst einmal genügend erfaßt und wurden bei der Therapie auch eventuell ätiologisch mitspielende Momente, wie Darmatonie, Hautatonie ebenfalls entsprechend berücksichtigt, ohne daß Erfolg eintrat, dann konnte wohl meist seitens des Arztes bis nun nur die tröstende Voraussicht gegeben werden, daß die Affektion sich mit der Zeit von selbst geben würde. — Ein großer Teil von Fällen dieser Sekretionsanomalie der Talgdrüsen trotzt allen Bemühungen, wirkt teils entstellend, teils durch das Jucken auch belästigend, beeinträchtigt die Lebensfreude, mitunter sogar die Lebensstellung wesentlich. Was sieht man nicht manchmal von derartig Kranken für Opfer an Geld und Zeit anwenden, um dieses Leiden selbst nur für gewisse kritische Zeiten, z. B. vor wichtiger Veränderung der Lebensstellung, Heirat etc., zu beseitigen. —

Ich glaube, einer der ersten gewesen zu sein, der auf Grund günstiger Resultate bei mehreren hartnäckigen Fällen von Akne der Gesichts- und Rückenhaut, auf den Wert der Röntgenstrahlen für die Beseitung gerade dieser Zustände hingewiesen hat. (Wiener derm. Ges. 28. Nov. 1900, Archiv Bd. 56, S. 245.)

Seit dem Jahre 1899 bis heute, habe ich nun zahlreiche Kranke mit verschiedenster Lokalisation dieses Leidens zu behandeln Gelegenheit gehabt und dabei gefunden, daß es sich um eine direkte Einwirkung des Röntgenlichtes auf das erkrankte Drüsenepithel handeln müsse, im Sinne einer Umstimmung und Beschränkung der veränderten und verringerten Sekretion. Diese Wirkung zeigt sich weiterhin nicht nur in der nachhaltigen Verringerung oder Sistierung der Pustelbildung, sondern zweifellos auch in dem Aufhören der Komedonenbildung. Beschränkt man sich nicht auf die Herbeiführung nur ganz geringer Hautreaktionen, sondern läßt es insbesondere dort, wo auch indurierte größere Pusteln entstanden sind, auf stärkere reaktive Entzündungen ankommen, so hat dies zweifellos einerseits eine gleichmäßige Verödung der noch nicht entzündeten, wie entzündeten Follikel zur Folge. Eine unwillkommene Begleiterscheinung, zumal bei der Gesichtsakne, bilden nur die mitunter recht auffälligen Pigmentationen und Pigmentverschiebungen, die sich aber im Gesichte rascher, an anderen dekolletierten Hautpartien, Brust, Nacken, etwas später, etwa nach mehreren Wochen wieder ausgleichen. Dieser geringe Uebelstand, sowie die bei mancher, besonders empfindlicher Haut im Gefolge etwas stärkerer Reaktionen, mitunter auftretenden Teleangiektasien haben mich veranlaßt, zumal bei chlorotisch-anämischen Mädchen indurierende Akne im Gesichte statt mit Röntgenstrahlen mit konstanter Wärme zu behandeln und habe ich auch auf diese physikalische Behandlungsmethode wiederholt öffentlich hingewiesen. (Protokoll d. Wiener Ges. d. Aerzte, 4. April 1902.)

Auch Török und Schein kommen neuerdings zu denselben günstigen Erfahrungen und Konklusionen, auch sie halten die Radiotherapie für die hier wirksamste und verläßlichste Behandlungsmethode. In ähnlichem Sinne berichten Pusey, Engmann, Zeisler und noch sehr viele andere, insbesondere amerikanische Radiologen.

Daß man auch bei Akne rosacea Radiotherapie anzuwenden versuchte, sogar gute Resultate erzielt hat, (Strebel Fortschritte a. d. G. d. R. Bd. VI) wirkt einigermaßen überraschend, da doch gerade diese Art von Affektion auf primärer

Digitized by Google

Gefäßerweiterung beruht, deren Grundursachen durch die X-Strahlenwirkung doch kaum beseitigt, im Gegenteile noch um eine weitere vermehrt werden. Freilich wo es sich um starke Elephantiasis handelt, dürfte gewiß eine Art Schälung hiemit erzielt werden können. — Man wird gut tun noch weitere Berichte abzuwarten, bis dahin aber noch mit den bekannten Schälmethoden durch chemische oder chirurgische Maßnahmen vorzugehen. —

In einer analogen Art und Weise wie die krankhaft gesteigerte und geänderte Sekretion der Talgdrüsen, wird nach zahlreichen vorliegenden Erfahrungen auch diejenige der Schweißdrüsen durch die X-Bestrahlung modifiziert. Auch ich verfüge bereits über einige wenige Fälle, bei welchen hartnäckig jeder anderen Therapie trotzenden Hyperidrosis palmaris et plantaris und Bromidrosis plantaris et axillaris schon durch wenige Bestrahlungen nachhaltig gebessert wurde. Die Besserung trat in den betreffenden Fällen fast immer schon ganz kurze Zeit, oft schon 3—4 Tage nach der Behandlung deutlich zutage. Das Provozieren stärkerer, selbst nur normaler Reaktion[13]), halte ich bei diesem Zustande ebenso wie bei ausgebreiteter Komedonenbildung, nicht für nötig und zweckmäßig. 2—3 m. der Holzknechtschen Skala geben mitunter nach einigen Tagen schon Effekt.

Eine der wertvollsten Indikationen für Röntgenlichtbestrahlung scheint mir auf dem Gebiete der Ekzeme zu liegen. Nicht nur, daß wir in der Lage sind, durch das Röntgenlicht den die Therapie oft gebieterisch herausfordernden Juckreiz in prompter und ausgezeichneter Weise zu beseitigen, so zeigen mir meine Erfahrungen, daß alle chronischen Ekzeme, insbesondere die schwieligen Formen, ähnlich wie reine Hyperkeratosen in geradezu wunderbarer Weise zur völligen Resorption gebracht werden können. (Vergl. darüber meinen Bericht in der Wiener dermat. Ges. 1903.) Ich habe diese Tatsachen nun schon an vielen Kranken bestätigt gesehen. Bei einzelnen derselben habe ich absichtlich mehrere gleichartige Ekzemherde in verschiedener Weise mit Unguent. Diachyli Hebra, Salizylpflaster, Kaliätzungen, Lenigallolzinkpaste etc. behandelt. Die Erfolge mit Röntgenlicht waren nahezu immer bessere und raschere. Dennoch fände ich es als viel zu weit gegangen, wollte man die Röntgentherapie als eine reguläre Behandlungsart, selbst nur aller chronischen Ekzeme auffassen. Akute, sprunghaft sich ausbreitende Ekzemstadien passen gewiß von vorneherein nicht für die Radiotherapie. Der vorsichtige Arzt behandelt überdies nicht das Ekzem, sondern den Ekzematiker selbst und wird dementsprechend von der Radiotherapie nur dann Gebrauch machen, wenn die einzelnen Herde anderen Therapien gegenüber ihre Hartnäckigkeit beibehalten, oder aber die Röntgenbestrahlung den anderen Behandlungen ihrer Bequemlichkeiten wegen vorgezogen wird.

Auf Grund der bis jetzt behandelten Fälle kann ich aber jedenfalls das eine sagen, daß ein Schaden bei Anwendung möglichst geringer Röntgenlichtmengen im Sinne einer Verschlimmerung, Propagation der vermehrten Rezidivierung von mir niemals konstatiert werden konnte. Als spezielle Lokalisationen und Formen chronischer Ekzeme, die sich zur Röntgenbeleuchtung eignen, halte ich hartnäckige schwielige Ekzeme der Flachhände oder am Handrücken, Fingern, im Nagelbette lokalisiert, auch heftig juckende Ekzeme im innern Ohr, Ekzema ani mit Pruritus verbunden, rhagadiforme Ekzeme an den Mundwinkeln und an anderen Orten, ganz besonders aber solche mit beträchtlicher Hyperkeratose einhergehende Schwielenekzeme, die sich im Anschluß an fortgesesetzt traumatische Reizungen, z. B. in der Form sogenannter Lichenifikation an den Oberschenkeln, am Schienbein etc. zu etablieren pflegen.

Auch über Prurigo wurden günstige Erfahrungen gemeldet (Hahn, Macleod,

[13]) Kienböck versteht unter normaler Reaktion die Entzündung der Haut bis zum Auftreten von Nässen oder sogenanuter Exkoriation ohne Verletzung des Papillarkörpers und demgemäß ohne folgende sichtbare Narbenbildung oder Hautatrophie.

Digitized by Google

Pusey, Zeisler u. a.). Ich selbst habe indes bis jetzt über diese Affektion keine eigenen zu sammeln Gelegenheit gehabt.

Pruritus. Von der exquisit juckstillenden Wirkung der Röntgenstrahlen konnte ich mich dagegen in mehreren Fällen von Pruritus localis ani und an einem Falle von P. vulvae überzeugen. Trotzdem die Affektion mit allen den vielen vorher durch Jahre angewendeten Mitteln nahezu unverändert fortbestanden hatte, so daß sich manche der Patienten bereits mit ihrem Leiden als unheilbar abzufinden begannen, hatten wenige Beleuchtungen mit Röntgenstrahlen in schwacher Dosis in der Regel schon das Aufhören des quälenden Juckens zur Folge.

X-Strahlen bei Trophoneurosen der Haut-Aloperia areata und totalis, Vitiligo, Canities praematura, Trichorrhexis nodosa, Keratosis palmaris congenita, Sklerodermie.

Unter den verschiedenen trophoneurotischen Störungen der behaarten und unbehaarten Haut ist es vor allem die Area Celsi, die mitunter durch das Röntgenlicht in günstiger Weise beeinflußt wird, wie zuerst Kienböck, dann Holzknecht, Strebel und viele andere dargetan haben. Schon gelegentlich der Behandlung von Hypertrichosis konnte man beobachten, daß in der Randzone bestrahlter Partien, zarte pigmentlose Härchen mitunter stärker pigmentiert und auch kräftiger nachwachsen, so daß sich schon daraus für viele Beobachter nebst der destruierenden, auch eine inzitierende Wirkung der X-Strahlen ergab. Unter den behandelten, zirka 20 Fällen meiner Privat- und Spitalspraxis der letzten 2½ Jahre hat etwa die Hälfte in unzweifelhaft günstiger Weise auf Bestrahlungen reagiert. Leider bin ich nicht in der Lage, genaue statistische Daten zu geben, da die Fälle, teils Erwachsene, teils Kinder betreffend, nicht genügend sorgfältig und lange in Evidenz gehalten werden konnten, was gerade hier zur Konstatierung definitiver Resultate unbedingt nötig wäre. Tatsächlich konnte ich nun schon auch bei mehreren Kindern die Beobachtung machen, daß bestrahlte Haardefekte auffallend früher Haare aufwiesen, als andere kahle, aber nicht bestrahlte Partien. Einige Fälle dieser Art halte ich noch in Evidenz und werde dieselben gelegentlich öffentlich demonstrieren. — Bei Erwachsenen gibt wohl die sogenannte universelle Alopecie eine schlechte Prognose, wie auch aus einem noch relativ rezenten Falle dieser Art, der von Kienböck versuchsweise aber resultatlos röntgenisiert und von mir in der Wiener derm. Ges. (Sitzung vom 13. Mai 1903) vorgestellt wurde, zu ersehen ist. Es handelte sich um eine junge kräftige, gesunde Frauensperson, Köchin mit einer erst seit 2½ Jahren datierenden Alopecia totalis der Kopf- und Körperhaut. — Hingegen habe ich schon bei mehreren Fällen von scharf umschriebener, auch multipler Area Celsi, Nachwuchs kräftiger, gut gefärbter Haare an vorher lange kahl gebliebenen Stellen, nach deren Bestrahlung gesehen. Mit Holzknecht glaube ich, daß hier nach entsprechend mäßiger Dosis von etwa 3—4 H. vorerst Ausfall der noch vorhandenen, dann aber wenigstens in einer Anzahl von vielleicht ätiologisch zusammengehörigen Fällen nach 2—2½ Monaten Nachwuchs gesunder, bleibender Haare zu erwarten ist. In einigen Fällen bewies mir förmlich wie ein experimentum crucis, die bleibende Kahlheit mehrerer unbehandelter Partien, gegenüber dem erfolgten Nachwuchs an anderen, behandelten Partien, daß es sich hier nicht um ein bloßes post hoc ergo propter hoc, sondern um einen reellen, kausalen Zusammenhang handle.

Es scheint mir übrigens nicht unwahrscheinlich, die oft betonte Ungleichmäßigkeit der radiotherapeutischen Resultate bei Alopecia areata infantum zumal in früheren Jahren auf mangelhafter, unberechenbarer, d. h. zu schwacher oder auch wieder zu starker Dosis beruhen mag, wodurch in einem Falle eine zu schwache, nicht einmal die zur Inzitierung nötige, im anderen Falle jedoch eine zu starke, die Haarmatrix geradezu

Digitized by Google

schädigende Dosis, resp. Reaktion erzielt wurde. Auch die Alopecia areata capillitii et barbae Erwachsener gibt nicht ganz gleiche Resultate; doch dürfte die überwiegende Mehrzahl auf Radiotherapie in entsprechend günstiger Weise reagieren. In einem Falle sah ich an einem 28jährigen Manne im Bereiche der

Fig. 7. Alopecia areata trophoneurotica mit Canities praematura der Umgebung. Vor der Röntgenbestrahlung aufgenommen am 4. März 1903. In der Umgebung des Haardefekts, besonders rechts, ein breiter Rand grauer Haare. Nach der Beleuchtung der gesamten Partie Restitutio ad integrum. Die innerhalb 2 — 3 Monaten nachgewachsenen Haare sind dunkelbraun, stark und dicht.

Belichtungspartie zugleich mit dem Haarausfalle eine lang bestehende familiäre Pigmentanomalie Canities prämatura circumscripta (Poliosis) lokal schwinden, eine Beobachtung, die auch bereits von einem amerikanischen Arzte gemacht worden sein soll. — Vergleiche über den interessanten Fall (Fig. 7) meinen Bericht anläßlich der Demonstration desselben in der k. k. Ges. der Aerzte (Protokoll darüber Wien. klin. Wochenschrift Nr. 52, 1903.)

Patient 23 Jahre alt, besaß seit mehreren Monaten eine allmählich zunehmende kleinhandtellergroße, nicht ganz kreisrunde Alopecia des Vorderkopfes. Eine etwa fingerbreite Zone um die Area zeichnet sich außerdem durch ein deutliches Grauwerden der Haare aus. (Das frühzeitige Ergrauen ist in der Familie.) Der Patient, der vom Jänner bis März l. J. an meinem Ambulatorium in verschiedentlicher Behandlung stand, ohne Erfolg zu haben, wurde Mitte März einer Röntgentherapie mit schwacher Dosierung unterzogen. Zirka 3—4 Wochen nachher überbrachte er mir eine nahezu vollständig kreisförmige Haut lamelle, die sich auf einmal aus der zentralen Partie der belichteten Zone abgestoßen hatte. Damals und auch noch 14 Tage später, hatte sich noch keinerlei Nachwuchs von Haaren gezeigt. Im Mai kam der Patient vergnügten Sinnes zu uns. Zur größten Ueberraschung war genau der kreisrunden, belichteten Stelle entsprechend schönes braunes der natürlichen Haarfarbe gleichendes, eher etwas dünkleres, starkes, Haar fast ein 1 cm lang nachgewachsen. Dabei konnten meine Assistenzärzte, die uns damals noch neue Wahrnehmung machen, daß in der Umgebung des kreisförmigen Ausfalles genau dem Bleiausschnitte entsprechend scharf abgegrenzt — die Haare braun gewachsen, in der Umgebung jedoch noch sämtliche graue Haarinseln geblieben waren, ein Beweis also dafür, daß durch Röntgenstrahlen nicht nur das Wachstum der Haarsubstanz, sondern auch die Bildung des normalen Hautpigmentes gefördert werden kann, und zwar besser und rascher, als dies von der Natur zweifellos in manchen Fällen besorgt wird. Heute, $^1/_2$ Jahr nach dem geschilderten Befunde, hat sich der Zustand nicht geändert.

Eine merkwürdige und wertvolle Doppelseitigkeit der Wirkung der X-Strahlen gegenüber den vorstehenden Resultaten zeigte sich mir in der Behandlung von Hyperpigmentationen. Es handelte sich um Chloasmaartige, streifenförmige Pigmentanhäufungen am Halse eines jungen Mädchens, in einem zweiten Falle aus jüngster Zeit, bei einer älteren Dame um

Digitized by Google

symmetrisch über der Oberlippe lokalisierte Pigmentstreifen. In beiden Fällen trat nach relativ schwacher Belichtung und einer nur unbedeutenden Reaktion (im 2. Falle Dosis unter 3 H., nicht gemessen im 1. Falle) eine offenkundige Verminderung der Pigmentanomalie auf, die einstweilen fortbesteht und andauert.

Ich halte auch vitiliginöse Pigmentaplasien für ein dankbares Objekt, will aber über die erzielbaren Resultate bei dieser Art von Pigmentanomalien an anderer Stelle auf Grund noch in Beobachtung stehender Fälle mein definitives Urteil abgeben.

In einem Falle von Trichorrhexis nodosa konnte ich erst kürzlich wieder, ebenso wie bereits früher Freund, eine evidente dauernde Besserung dieser Trophoneurose konstatieren. Die Haare am Schnurrbarte des betreffenden jungen Mannes zeigen an ihrem circa 2 cm langem Nachwuchs nun schon über $^3/_4$ Jahre kaum mehr das Auftreten der Knotenbildung während früher ein großer Teil der Haare knotig und gespalten war.

In einem Falle von Keratoma palmare et plantare hereditarium bei einem 16jährigen Knaben habe ich vor etwa $^1/_2$ Jahre die Volarseite zweier Finger probeweise beleuchtet (unter 4 H.). Kaum eine sichtbare Reaktion, trotzdem ist die Haut der Finger heute wesentlich weniger verdickt, als auf den übrigen anders behandelten Partien. Sollte diese Besserung anhalten, würde ich durch einige Zeit die Händefläche ebenso behandeln. Zeisler (Chicago) hat 3 Fälle dieser Art unter X-Strahlenbehandlung mit überraschendem Erfolge sich bessern sehen. (Read before the American Dermatol. Association at Boston. Sept. 1902.)

Vom größtem Werte wäre ein Erfolg der Radiotherapie bei Sclerodermie, da wir dieser rätselhaften Affektion eigentlich machtlos gegenüberstehen. Ich habe vorderhand keinen Fall zur Radiotherapie heranziehen können.

Wenn ich im Vorangehenden versucht habe eine allerdings gedrängte Uebersicht über die wichtigsten, der bis nun festgestellten Anzeigen für die Verwertung der X-Strahlen in der Hauttherapie zu geben, bin ich mir dessen bewußt, daß ich mich dabei mannigfacher Unterlassungen schuldig gemacht habe. Gewiß ist es vor allem, daß außer den hier angeführten, noch manche pathologische Zustände der Haut mit diesem rätselhaften physikalischen Agens günstig beeinflußt werden können und daß sich wahrscheinlich sogar in der täglich mehrenden Literatur schon Belege hierüber finden ließen. Ich wollte mich jedoch von dieser Stelle aus, natürlich ohne jeden Anspruch auf literarische Vollständigkeit, zunächst nur auf das auch in eigener Praxis Erlebte beziehen. Andererseits wird die Radiotherapie für manche auch der hier genannten Erkrankungen gewiß vorderhand mehr vom wissenschaftlichen, theoretischen Interesse als vom praktischen Werte erscheinen, da die betreffenden Affektionen bei einiger Sorgfalt auch mit einfacheren, jedem Arzte leicht zugänglichen Methoden zu beseitigen sind, z. B. gilt dies für die meisten Formen von Warzen, Papillomen, circumscripten Ekzemen u. a. Affektionen mehr.

Die hervorragende Wirkung des Agens der X-Strahlen speziell auf die normalen und pathologischen Horngebilde, deren Adnexe und auf die denselben histiologisch nahestehenden typischen und atypischen Zellwucherungen, Epithelwarzen, Epitheliome, steht jedenfalls vorderhand im Mittelpunkte unseres Interesses. Ob nun die Wirkung der X-Strahlen auf diese Zellengattung mit vollem Rechte eine elektive genannt werden darf oder nicht, möchte ich trotz mancher hiefür sprechenden Momente nicht mit Sicherheit in positivem Sinne beantworten. Denn die X-Strahlen fallen ja stets zunächst auf die oberflächlichen Hautschichten auf und treffen demgemäß diese am intensivsten, werden am meisten von ihnen absorbiert. Andererseits stehen diese saftarmen Epithelzellen in ihrer Vitalität gewiß an und für sich unter der der Cutiszellen z. B. der Fibroplasten der Cutis und tieferer Schichten. Keinesfalls ist beispielsweise die elektive Wirkung der X-Strahlen auf die Epidermiszellen der normalen Haut eine so ausgesprochene, als auf die Zellen mancher

Digitized by Google

Neoplasmen (Karzinome, Sarkome, Mykosis fungoides).

So wertvoll es nun wäre die hervorragenden Wirkungen der Radiotherapie auch auf die tieferen Organe in Höhlen hinein sich erstrecken lassen zu können, so ließen es doch nicht nur manche technische Schwierigkeiten (Höhlenbeleuchtung), sondern auch die Natur der Röntgenstrahlen, z. B. deren vorwiegende Oberflächenwirkung bisnun nicht sehr verheißungsvoll erscheinen, sie auch zur Behandlung tiefer sitzender Krankheitsherde heranzuziehen. Wie wertvoll wäre es z. B., wenn wir beginnende Kehlkopftuberkulose, Kankroide der Stimmbänder, Rektalkarcinome oder gar Neoplasmen in tiefer gelegenen Körperorganen, möglichst zeitlich nach deren diagnostischer Feststellung der vernichtenden Kraft der Röntgenstrahlen aussetzen könnten. Vielleicht winkt uns aber durch die in ihrer Wirkung sehr ähnlichen, wenn auch einstweilen noch viel weniger berechenbaren, höchst intensiv wirkenden radioaktiven Substanzen wenigstens für die Zukunft ein froher Ausblick. Die Idee, auch Schleimhäute, z. B. im Kehlkopfinnern, lokalisierte Tuberkulose oder Kankroide mittels Radiums und dessen wirksamen Verbindungen therapeutisch zu beeinflussen, indem man dieselben in passenden Hülsen, vielleicht auf kehlkopfspiegelartigen Instrumenten aufgetragen, oder in Formen nach Art der Schrötter'schen Dilatationstuben eingeschlossen, entsprechende Zeit an Ort und Stelle bringt oder zur Behandlung des Rektalkarzinoms in geeigneter Weise in die betreffenden Partien des Rektums einführt, hat mich seit dem Momente nicht verlassen, als ich zum erstenmale von den bedeutenden Wirkungen des Radiums auf das Lupusgewebe gelesen hatte, die Danlos in Paris vor 2 Jahren veröffentlicht hat. Möge diese Idee von fachlicher Seite aufgegriffen und nützlich verwertet werden.

Unterdessen hat übrigens dieselbe Idee, wie ich jüngst ersah, durch andere Kollegen, vor allem durch Guido Holzknecht bereits technisch bestimmte Formen angenommen. (Verhandlungen des 7. Kongresses d. Deutsch. Derm. Ges. 1903 in Sarajewo.) Nach Abschluß dieser Arbeit hat übrigens Kienböck über einen weiteren Fall von Heilung metastatischer Sarkomatose, Prof. Großmann über Heilung von sarkomatösen Polypen (Spindelzellensarkom) der Nase mittels Radiotherapie berichtet. Demonstrationen d. k. k. Ges. d. Ae. v. 22./1. 1904.

Bemerkung zum ersten Teil der Arbeit: „Ueber die gegenwärtige Bedeutung der Radiotherapie für die ärztliche Praxis" von Dozent Dr. K. Ullmann.

Von Dr. G. **Holzknecht.**

Ullmann bringt in dieser, die Technik der Radiotherapie und die Pathologie der Röntgendermatitis auf normaler Haut darstellenden Hälfte seiner Arbeit (der zweite Teil, die Klinik des Verfahrens betreffend, liegt noch nicht vor), zunächst einige historische Bemerkungen von besonderem Werte. Darunter die Konstatierung, daß die erste radiotherapeutische Arbeit von W. Marcuse, Berlin, stammt (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 30, 1896), Dermatitis und Alopecie nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen und daß in derselben bereits zwei von den Grundlehren der Radiotherapie aufgestellt sind: „Die Veränderungen sind die Folge der biologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen; die „schädigende Kraft erschöpft sich fast ganz in den oberen Hautschichten". Ferner die literarisch belegte Konstatierung, daß Ullmann als erster schon vor mir und Freund im Gegensatz zu deren irrtümlichen Mitteilungen über den experimentellen Nachweis berichtet hat, daß die während des radiologischen Heilungsprozesses von der Haut ausgestoßenen Favuspilze ihre kulturelle Wachstumsfähigkeit keineswegs verloren haben, womit also bewiesen war, daß der Heilungsvorgang selbst nicht auf der Bakterieidie der Röntgenstrahlen beruht,

Digitized by Google

sondern offenbar auf der idealen Exfoliation der Pilzkeime seitens der röntgenveränderten Haut.

Dann gibt er eine Darstellung der Technik des Verfahrens und der Pathologie der Röntgendermatitis auf normaler Haut, welche im ganzen überall das Beste aus dem Chaos dieser Literatur auswählt. Im Gebiete der Technik fügt er aber manches aus Eigenem hinzu, was schon deshalb bestritten zu werden verdient, weil durch diese Einwände gegen die heutige Technik, wenn sie richtig wären, das Wertvollste an ihr, die allen Imponderabilien aller Unsicherheit entrückte, fast mathematisch exakte Präzision vernichtet und damit eben jener Vorzug der Therapie, der sie Herrn Ullmann den praktischen Aerzten empfehlenswert erscheinen läßt, zerstört wird. Nach seiner Darstellung ist die radiotherapeutische Technik mindestens äußerst kompliziert, von inkomensurablen Faktoren abhängig, ja sein technisches Rezept, das nirgends strikte gegeben ist, erscheint, wenn man es aus seiner Hülle von Erwägungen und Einzelerfahrungen herauslöst, wegen Unvollständigkeit überhaupt nicht ausführbar. — Ich habe nicht nötig, dafür im Detail den Beweis zu erbringen, denn jeder Leser wird nach der Lektüre bemerken, daß er (der Leser) nicht weiß, wie man eine Röntgenbestrahlung ausführt.

Einige Einzelheiten möchte ich aber erörtern: Das Prinzip des Chromoradiometers beruht nicht darauf, „daß gewisse Salze im Kathodenlicht Farbenveränderungen erleiden“ und stammt daher auch nicht von Goldstein. „Ob das Salzgemenge ebenso absortionsfähig ist, als die lebende Haut“, ist keine „offene Frage“. Das spezifisch schwere Salz absorbiert mehr, als die lebende Haut. Aber die ganze Frage ist irrelevant und das Wesentliche ist, daß die von der Haut und vom Salzgemenge absorbierten Strahlenmengen parallel gehen, und das ist bei konstanter Zusammensetzung des Salzgemenges (eine einfache Fabrikationssache) physikalisch selbstverständlich.

Seite 9 heißt es weiter: „Niemals aber ist zu vergessen, daß mit dem Chromoradiometer stets nur das fait accompli, das ist die bereits gegebene Dosis gemessen werden kann, so daß um Ueberdosierungen zu vermeiden, außerdem noch .... etc. Zu Deutsch: Wenn man gerade zur rechten Zeit abliest, ist es gut, versäumt man aber diese, so erfährt man nur, daß man um so und soviel mehr Licht appliziert hat, als man sollte. Mit demselben Gedankengang kann man beweisen, daß eine Uhr ein ganz unzureichendes Instrument zur Messung der Zeit ist. Denn, niemals ist zu vergessen, daß mit der Uhr nur das fait accompli, das ist die bereits verstrichene Zeit, gemessen werden kann, so daß um Versäumnisse zu vermeiden, ... etc. Und das ist vollkommen richtig! Wenn man gerade zur rechten Zeit auf die Uhr sieht, ist es gut, versäumt man aber diese Zeit, so erfährt man nur, daß es zu spät ist. Behilfliche Ungelehrte helfen sich damit, daß sie in immer kürzeren Intervallen auf die Uhr sehen. Ullmann aber empfiehlt statt dessen, neben dem Chromoradiometer die Ergebnisse der Messungen der wechselnden Röhrenhärte einzurechnen (wie, darüber wird nichts mitgeteilt), ferner die wechselnde Frequenz der Lichtschläge besonders zu berechnen (wie, darüber wird nichts mitgeteilt). Jemand will aus dem Hahn eines Gefäßes einen Liter Flüssigkeit ausfließen lassen. Er hält ein Litermaß unter. Außerdem aber „kontrolliert“ er den Querschnitt des Flüssigkeitsstrahles und rechnet ihn ein. Die Art der Einrechnung werden wir begreiflicher Weise nie erfahren.

Und das alles zur Erklärung einer Ueberdosierung! Dieselbe dürfte sich einfacher erklären lassen.

Digitized by Google

Erwiderung auf obige Bemerkungen.

Von Privatdozent Dr. **Karl Ullmann.**

Weder war es meine Absicht, noch kann eine solche für einen objektiv denkenden Leser aus meinen Darlegungen hervorgehen, den Wert und die Präzision des Dosierungsprinzips mit dem Chromoradiometer anzuzweifeln und dadurch die ganze Methode dieser Messung herabzusetzen. — Jede Methode hat aber ihre Vorzüge und ihre Mängel, auch diese in Bezug auf ihr Prinzip gewiß von mir genügend gewürdigte und als derzeit kaum entbehrlich bezeichnete Methode der Dosierung der X-Strahlen. Die Mängel derselben habe ich allerdings nur angedeutet, da sie teilweise technischer Natur und gewiß von Holzknecht selbst beseitigt werden dürften. Anders die Fragen: Soll, muß und braucht man bei jeder Bestrahlung das mitunter zeitraubende und umständliche Messen mittels der sogenannten Reagenskörper vorzunehmen, oder nur zeitweise zu gewissen Zwecken, Probereaktionen, Aichung des Röntgen-Instrumentars, vergleichenden Untersuchungen zu wissenschaftlichen Zwecken etc? Braucht man es insbesondere am eigenen, sich stets gleich bleibenden, in jeder Hinsicht bekannten Instrumentar? Werden die Fragen bejaht, was ich für meine Person nicht zu tun vermag, dann ist die Methode in ihrer derzeitigen Form als eine umständliche zu bezeichnen. Gelingt es aber, die Inkonstanz der einzig und allein unberechenbaren und in Bezug auf ihre Wirkung unfixierbaren Röhren durch andere Meßapparate (z. B. Kryptoradioskope) zu kontrollieren und für die Dauer einer Beleuchtung z. B. tabellarisch zu bewerten, und dies halte ich für leicht möglich, dann hat der Radiologe viel Zeit bei der täglichen Arbeit, aber auch in der Art seiner Aufzeichnungen gewonnen, ist nicht an bestimmte Stunden des Tages für die Beleuchtungen gebunden etc., u. zw. dies alles, wenn er genau arbeitet, gewiß ohne jede Gefahr einer Ueberdosierung.

Für röntgenographische Aufnahmen schon bekannt, mußten diese Instrumente jedermann ebenso wertvoll für die Therapie erscheinen, wenigstens für den, der noch nicht imstande ist, den Zustand seiner Röhre sofort mit bloßem Auge zu beurteilen. Die eine Methode dient zur Kontrolle und Vereinfachung der anderen, keine dient dazu oder ist so vollkommen, die andere völlig entbehrlich zu machen. Nähere Daten über den Gebrauch werde ich bei späterer Gelegenheit erbringen, da hiezu lange Versuchsreihen und kontrollierende Beobachtungen gehören, über die ich jetzt noch nicht in genügender Zahl verfüge.

Es ist weiterhin unrichtig, daß ich irgendwo empfehle, die Ergebnisse der Messungen der jedesmaligen Röhrenhärte einzurechnen etc. Unerfindlich, woraus das Dr. H. schließt. — Meine Mitteilung war eine vorläufige, basiert auf der wohl unbestrittenen Tatsache, daß es unter allen Umständen von praktischem Werte ist, vor der Beleuchtung und während derselben, nach Einstellung, resp. auch wieder Aenderung aller übrigen hier maßgebenden Faktoren über den Härtegrad der Röhre genau orientiert zu sein. — Dies geschieht mühelos, im Moment, ohne Unterbrechung der Sitzung und wird mühelos durch eine einfache Ablesung, resp. Zahl registriert. — Ob diese einfache Prozedur auch für die Therapie von praktischem Werte ist oder werden kann, das wird die Zukunft zeigen. Qui vivra verra!

Digitized by Google

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Zur diätetischen Brombehandlung der Epilepsie. Von Dr. Richard Meyer.

Die von Richet und Toulouse empfohlene diätetische Behandlungsmethode der Epilepsie verfolgte das Prinzip, durch größtmögliche Kochsalzentziehung eine günstigere Wirkung für die gleichzeitige Bromtherapie zu erzielen; das auf diese Weise dem Organismus entzogene Chlor sei durch Brom zu ersetzen, welches infolgedessen länger im Körper zurückgehalten, bezw. aufgespeichert wird und so eine schnellere, intensivere und anhaltendere Wirkung entfalten könne. Balint ließ, um die Hypochlorierung der Diät bequem zu erreichen, in ein Brot — von ihm Bromapan genannt — statt des üblichen Kochsalzes Bromnatrium (1·0 auf zirka 100 g Brot) einbacken und konnte auf diese Weise das zur Erreichung der erforderlichen Kalorien sehr notwendige, anderseits aber ganz ungesalzen, sehr fade schmeckende Brot für die diätetische Behandlung der Epilepsie verwenden. Während Balint überraschende, wenn auch nicht dauernde Erfolge sah, sprachen sich manche Forscher, wie Helmstädt, Schlöß u. a., direkt gegen die Hypochlorierung aus.

Vf. behandelte vier Fälle mit schwerer genuiner Epilepsie auf der psychiatrischen Klinik des Prof. Jolly mit Entziehung des Kochsalzes und Substituierung desselben durch Brom. Diese Therapie zeigte sich im Einklange mit Balints Resultaten der gewöhnlichen Brommedikation deutlich überlegen. Die Anfälle wurden in allen Fällen an Zahl und Intensität geringer, die Psyche in zwei Fällen freier. Die Kranken nahmen während der Kur zu, ein Beweis für ihre Zuträglichkeit. Der Widerwillen gegen die Diät konnte bei jedem Patienten überwunden werden. Wenngleich auch durch die salzlose Brombehandlung in den meisten Fällen keine Heilung, sondern nur Besserung erzielt werden kann, so bedeutet sie doch — nach Ansicht des Vf. — eine wertvolle Bereicherung der Behandlungsmethoden der Epilepsie. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 46, 1903.)

Laub.

Ueber die Behandlung des Gelenksrheumatismus mit Menzer'schem Antistreptokokkenserum. Von Prof. A. Schmidt.

Von der Voraussetzung ausgehend, daß beim Gelenksrheumatismus der lymphatische Rachenring die Eingangspforte für die Kokkeninfektion bildet, hat Menzer ein Serum dargestellt, welches aus den von Gelenksrheumatismusanginen gezüchteten Streptokokken stammt. Mit diesem Serum hat Vf. die Behandlung solcher Fälle von Gelenksrheumatismus versucht, die sich gegenüber der allgemein üblichen Therapie refraktär verhielten. Seine Beobachtungen erstrecken sich auf 15 Patienten. Die Zahl der Einspritzungen bei dem einzelnen Patienten schwankte zwischen 1 und 8; die jedesmalige Dosis zwischen 5 und 20 cm^3. Als Injektionsort wurde die Umgebung der am meisten erkrankten Gelenke gewählt, nachdem sich gezeigt hatte, daß unter Umständen von hier aus die Wirkung eine größere war, als von entfernteren Stellen. Die Reaktion verlief bei den einzelnen Patienten ganz verschieden stark: siebenmal wurden hohes Fieber und starke lokale Erscheinungen, fünfmal nur lokale Erscheinungen, dreimal keinerlei Veränderung beobachtet. Die allgemeine Reaktion besteht in Fieber, die lokale in einer ödematösen Infiltration der Injektionsstelle, verbunden mit starker Rötung der Haut. Eine spezifische Reaktion der erkrankten Gelenke wurde niemals beobachtet. Was die Erfolge betrifft, so konnte bei sechs Fällen eine objektive Besserung nachgewiesen werden. Insbesondere wurde ein Patient, der fast schon ein Jahr im Krankenhaus erfolglos behandelt wurde, durch Einspritzungen innerhalb kurzer Zeit schmerzfrei und arbeitsfähig gemacht. In den anderen Fällen

Digitized by Google

waren die Erfolge unsicher oder blieben ganz aus. Für die Praxis würde es sich empfehlen, das Serum erst dann in Anwendung zu ziehen, wenn die übrigen Mittel und Methoden versagen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49, 1903.)

Laub.

Erfahrungen über die therapeutische Leistungsfähigkeit des Pyrenols: a) bei Asthma und Pertussis; b) bei Gicht und Ischias. Von Dr. Burchard, Berlin.

Vf. hat das Pyrenol sowohl als Antiasthmatikum, wie auch als Antineuralgikum einer therapeutischen Prüfung unterzogen und ist mit den Erfolgen außerordentlich zufrieden. Er verordnet für Erwachsene Originalgläser der Tabletten, welche sehr preiswürdig und daher auch für Kassen anwendbar sind (20 Tabletten à 0·50 g, Preis 1 Mark, 2—3 Tabletten pro die) oder die wässerige Lösung 5·0 : 100·0, dreistündlich einen Eßlöffel. Für Kinder eignet sich am besten Sol. Pyrenol 3·0 : 100·0, Syr. rub. Idaci 20·0, 2—6mal täglich einen Kinderlöffel. — (Deutsche Aerzte-Ztg., H. 20, 1903.)

Laub.

Die Gelatine als Hämostatikum. Von Hofrat Prof. Löbisch, Innsbruck.

Im Jahre 1896 hat Carnot auf die hämostatische Wirkung der Gelatine hingewiesen und die Methode der lokalen Applikation von Leimlösungen bei Nasenblutungen, bei Blutungen aus zugänglichen Hautwunden, aus der Vagina und aus dem Rektum erfolgreich versucht. Nachdem die die Gerinnungsfähigkeit des Blutes steigernde Eigenschaft des Leimes experimentell erwiesen wurde, wurde die Gelatine mit teilweisem Erfolge in Form von subkutanen Injektionen zur Behandlung der Aneurysmen angewandt.

Auch gegen Lungenblutungen bei Phtisikern, Darmblutungen bei Typhus abdominalis und bei Magenblutungen wurde die Gelatine versucht. Der Erfolg war namentlich bei Lungen- und Magenblutungen, wo die Injektionen in täglichen Intervallen gemacht wurden, ein günstiger. Nach Raymond Bernard erstreckt sich das hämostatische Vermögen der Gelatineinjektion auch auf die hämorrhagische Pleuritis. Er beobachtete nämlich, daß, wenn man unmittelbar nach der Punktion eine subkutane Injektion von Gelatinelösung vornahm, sich nachher kein hämorrhagisches Exsudat mehr einstellte. Auch bei Krankheiten des Kindesalters wird die hämostatische Wirkung der Gelatine gerühmt. Zuppinger konnte eine schwere Blutung aus einer Zahnlücke bei einem 10jährigen Mädchen mit Purpura hämorrhagica nach subkutaner Injektion von 15 cm^3 einer 5%igen Gelatinelösung zum Stillstand bringen.

Nachdem beobachtet wurde, daß nach den subkutanen Gelatineinjektionen in vielen Fällen Tetanus eintrat, und daß die käufliche Gelatine sehr häufig Tetanuskeime enthält, ist die sichere Sterilisierung der zur Injektion dienenden Gelatinelösung eine unerläßliche Vorbedingung für deren Anwendung. Es empfiehlt sich daher die Gelatinelösung (1 g weiße Gelatine in 100 g heißem Wasser, mit einem Zusatz von 0·5 g Soda oder Kochsalz) mindestens 15 Minuten im Dampfkochtopf zu sterilisieren (zum Sterilisieren ist auch ein Soxhlet-Topf sehr gut zu gebrauchen). Die nach dem Sterilisieren durch Abkühlen erstarrte Gelatinelösung wird vor dem Gebrauche (am besten im Wasserbade) auf 37° erwärmt und im verflüssigten Zustand unter die gründlich desinfizierte Bauchhaut oder Haut des Thorax oder Schenkels gespritzt. Die Einspritzung kann nach einigen Tagen, unter Umständen schon am folgenden Tage wiederholt werden. Manche Autoren haben bis zu 5%ige Lösungen angewandt.

E. Merck in Darmstadt bringt eine „Gelatina sterilisata pro injectione", die er direkt aus Kalbsfüßen bereitet, in den Handel, u. zw. ausschließlich in 10%iger Konzentration in Glasröhrchen von 40 g Inhalt eingeschlossen.

Eine sehr verläßliche Vorschrift zur Bereitung der Gelatinelösung für therapeutische Zwecke teilt Paul Krause mit: 1—5 g bester Gelatina alba werden in etwa 40° C. warmer, steriler, 0·5%iger Kochsalzlösung vollständig aufgelöst, darauf in den Dampftopf in strömendem Dampf von 100° C. ½ Stunde gebracht;

Digitized by Google

Krause hält es am zweckmäßigsten, die Gelatine von Anfang an in einer weithalsigen Flasche mit eingeschliffenem Glasstöpsel aufzubewahren und zu sterilisieren, die Sterilisation wird an fünf aufeinander folgenden Tagen je ½ Stunde wiederholt; es ist darauf zu achten, daß der Dampf stets die Temperatur von 100° C. habe, ehe die Gelatine in den Dampftopf gesetzt wird. Nach der letzten Sterilisation wird der Stöpsel der Flasche mit sterilem Pergamentpapier fest verbunden; die Gelatinelösung ist monatelang haltbar. — (Fortschr. d. Med. Nr. 2, 1904.) Laub.

Physikalische Therapie.

Abortivbehandlung der Furunkulose mittels überhitzter Luft. Von Dr. Nik. Reich.

Die Luft erweist sich, vermöge ihres eigentümlichen physikalischen Verhaltens, als besonders passende Wärmeträgerin, wenn es gilt, auf die Körperoberfläche Hitzegrade zu applizieren, welche die Blutwärme um ein Mehrfaches übertreffen, ohne doch destruktive Wirkungen zu verursachen. Autor prüfte die Wirksamkeit der heißen Luft zunächst an der Furunkulose, deren Ursprung auf Kokkeninvasion beruht, welche einerseits oberflächlich genug ist, um durch das Agens erreicht zu werden, welche anderseits pathologische Veränderungen setzt, die schon makroskopisch erkennbar sind, so daß eine Kontrolle mittels des Gesichtssinnes genügt, um uns in der beregten Frage zu orientieren und für die Praxis brauchbare Schlüsse zu gestatten. R. nahm von vornherein an, daß ein auf die infizierten Hautpartien gerichteter Luftstrom von 100—120° C. die Virulenz des hier in Frage kommenden Staphylococcus pyogenes aureus herabzumindern vermag. Hauptsächlich rechnet R. aber auf die durch den Heißluftstrom in beliebiger Ausdehnung und Intensität zu erzeugende aktive Hyperämie, welche zum Zwecke einer rascheren Aufsaugung starrer Infiltrate geeignete Zirkulationsverhältnisse schafft, eventuell auch die Kampffähigkeit der Gewebe gegen die Mikroben, den supponierten Phagozytismus, steigert. Endlich glaubt R., daß eine Reinfektion erschwert würde durch die Möglichkeit des Sterilisierens ausgedehnter Hautgebiete in der Umgebung der Furunkel.

R. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Von der rechtzeitig, d. h. vor der Entstehung der Gewebsnekrose und der Eiteransammlung im Unterhautzellgewebe zur Behandlung gekommenen Furunkulose ist es in keinem Falle zur Vereiterung und zum Gewebszerfall gekommen; sämtliche Furunkel konnten also, allem Anscheine nach, in ihrer Entwicklung kupiert werden.

Infiltrationen bei abortiven Formen schienen sich zeitlich rascher zurückzubilden, als R. dies in solchen Fällen wahrnahm, welche nicht nach seiner Methode behandelt wurden.

Auch ältere bindegewebige Schwarten, Residuen abgelaufener Furunkel sind noch durch das Heißluftverfahren im Sinne einer Rückbildung beeinflußbar. Auf den die Furunkel umgebenden Hautgebieten kam Reinfektion kein einziges Mal zur Beobachtung.

Die bisherigen Beobachtungen erbringen den klinischen Beweis für die abortive Wirksamkeit der überhitzten trockenen Luft in der Behandlung der Furunkulose.

Zu wiederholten Malen gelang es ihm, in seit lange bestehenden Fällen die Neigung zur Reinfektion zu vermindern. Die Abortivbehandlung mittels Heißluft führte nach seinen bisherigen Erfahrungen verhältnismäßig rasch — in 1—8 Sitzungen — zu dauerndem Erfolge.

Diese Heißluftprozedur selbst ist kaum schmerzhaft, wohl aber lassen das schmerzhafte Spannungsgefühl und sonstige unangenehme Sensationen in dem infiltrierten Hautgebiet sofort nach einer fünf Minuten währenden Sitzung wesentlich nach.

Die Heißluftbehandlung bietet kaum technische Schwierigkeiten, sie ist einfach, reinlich und ungefährlich.

Die Untersuchungen bedürfen, was die Wirksamkeit der Methode betrifft, noch einer Ergänzung in Hinsicht solcher Fälle von Furunkulose, welche auf Dyskrasien basieren. Es ist ja bekannt, daß Arthritiker, an Diabetes und Syphilis Leidende neben erhöhter Vulnerabilität der Gewebe einen schlechten Heiltrieb aufweisen.

Digitized by Google

Es läßt sich ein günstiger Effekt der Heißluftbehandlung auch in solchen Fällen vermuten, welche in diese Gruppe gehören, wie eine Beobachtung beweist, bei welcher es sich um eine nach Schmierkur aufgetretene allgemeine Furunkulose handelte. Um aber ein abschließendes Urteil fällen zu können, ist eine größere Reihe einschlägiger Fälle notwendig, vor allem aber die Beobachtung dessen, wie sich die Furunkulose der Diabetiker unserem Verfahren gegenüber verhält.

Wenn auch hier, bei der bekannten „schlechten Heilhaut" der Diabetiker, ein positives Ergebnis erzielt werden könnte, so wäre das nachgerade ein Experimentum crucis für die Wirksamkeit der Methode.

R. bedient sich zur Herstellung strömender, trockener, überhitzter Luft eines Apparates, den er Thermo-Aërophor genannt hat.

Dieser Apparat besteht im wesentlichen aus einer mittels Elektromotors bewegten Luftpumpe und einem Heizzylinder, aus welchem die mit Bunsenflamme bis 200 ° C. erhitzbare Luft durch ein biegsames Metallrohr auf den zu behandelnden Körperteil unter regulierbarem Drucke strömt. Mit Hilfe einer Düse, deren Mündung bis zu 1 cm² erweitert werden kann, vermag R. den Durchmesser des Luftstromes zu regulieren. Der Vorteil dieser Düsenvorrichtung liegt aber in der Luftpressung, welche stark genug ist, um an der vom Preßstrahl getroffenen Hautfläche eine sichtbare Delle zu erzeugen, wodurch erst eine genaue Lokalisation auf umschriebene Stellen ermöglicht wird. In dem Apparat passend angebrachte Thermo- und Manometer, sowie Mischventile dienen der Präzision von Temperatur und Druck. Den momentanen Bedürfnissen entsprechende Temperaturveränderungen sind durch Annähern oder Entfernen der Düsenmündung vom Körper raschestens zu erzielen.

Sein Apparat, der eigentlich zum Zwecke der streng lokalisierten Behandlung von Neuralgieen und rheumatischer, gichtischer Affektionen kleiner Gelenke konstruiert wurde, eignet sich seiner Komplexität, sowie seines hohen Preises wegen hauptsächlich für Institute.

Für die alltägliche Praxis genügt der kleine, sehr handliche Kalorisator von Vorstädter, welcher aus einer kleinen Spirituslampe mit vorgesetztem Asbestrohr besteht, durch welches die bis zu 160—170 ° C. erhitzbare Luft mittels Kautschukgebläses getrieben wird.

Was nun die Art, Dauer und Häufigkeit des Heißluftverfahrens bei den geschilderten Zuständen betrifft, so geht R. folgendermaßen vor: Zunächst bestreicht er mit dem Heißluftstrom ringartig die Umgebung der Furunkel. Er beabsichtigt hiemit einen hyperämischen Gürtel im Umkreis der Infiltration zu erzeugen, den er mit Rücksicht auf Zweck und supponierte Wirkung dieses präparatorischen Verfahrens als Zona derivatoria bezeichnen möchte. Je ausgebreiteter die Infiltration ist, in desto größerem Umkreise wird das hyperämische Band mittels kreisförmiger Bewegung des Ausflußrohres angelegt.

Hierauf gelangt das Infiltrat und die Eiterkuppe des Furunkels bei stetem Pendeln des Schlauches unter den Heißluftstrom.

Die ganze Prozedur nimmt drei bis acht Minuten in Anspruch.

Es ist zweckmäßig, die Sitzung zwei- bis dreimal am ersten Tage, dann täglich einmal bis zum Abtrocknen vorzunehmen.

Um Kombustionen zu vermeiden, ist ein zeitweiliges Prüfen des Heißluftstromes mit den zwischen Körper und Rohr eingeschobenen Handrücken geboten. Fühlt man ein Brennen, so entfernt man die Schlauchmündung um 1—2 cm weiter von der Hautoberfläche. Die Herabminderung des Hitzegrades beträgt in diesem Falle 10—35 ° C.

Nach der Sitzung bleibt der Furunkel unbedeckt. Nur an Stellen, wo stärkerer Druck oder Reibung unvermeidlich, legt R. einen Wattebausch auf, der mit einigen Mullbindentouren oder einem Heftpflasterstreif fixirt wird. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Falle. Handelt es sich um solitäre Formen und kommt die Effloreszenz im Frühstadium ihrer Entwicklung oder im Entstehen zur Behandlung, so genügen in der Regel eine bis zwei Sitzungen, um das Uebergehen in Abszedierung und Gewebsnekrose zu verhindern. Allgemeine Furunkelbildung erheischt eine

Digitized by Google

lange Reihe von Sitzungen. Auch ist es in solchen Fällen zweckmäßig, von Zeit zu Zeit, Heißluftvollbäder, am besten die elektrischen Lichtbäder mit nachfolgender Douche oder Halbbad einzuschieben. — (Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie, Bd. 6, H. 12, 1903.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Eine kurze Betrachtung der Lebersyphilis vom chirurgischen Standpunkte. Von Dr. Charles Greene Cumston.

Vf. weist darauf hin, daß man manchmal in die Lage kommt, Gummata der Leber zu operieren, indem man die Diagnose auf Neoplasma oder Zyste gestellt hat. Vf. selbst hat in drei Fällen die Laparatomie ausgeführt, und zwar in einem Falle zwei Gummata mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und drainiert; im zweiten Falle hat er eine Resektion des gestielten Gummas vorgenommen; im dritten Falle wurde nur ein kleiner Knoten zur mikroskopischen Untersuchung exzidiert. Die Symptome der Lebersyphilis sind häufig: Schmerz, Appetitlosigkeit, Diarrhöe, später Aszites, der Ikterus kann verschieden stark sein, fühlbare Geschwulst, welche zu Verwechslungen Anlaß gibt. Die Symptome können sehr wechseln und sind manchmal sehr geringfügiger Natur. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 70, Nr. 2.) E.

Verbreiterung der knöchernen Nase durch Schleimpolypen. Von Dr. Burk.

Vf. hat einige Fälle beobachtet, die beweisen, daß bei massenhafter Entwicklung von sogenannten Schleimpolypen der Nase eine Verbreiterung der knöchernen Nase sowohl im jugendlichen, wie auch im späteren Alter zustande kommen kann durch den Druck, den die Nasenpolypen auf die Wandungen der Nasenhöhle ausüben. Im jugendlichen Alter wird die Verbreiterung durch abnorme Wachstumsvorgänge infolge Reizung des Periosts bewirkt, während in späterem Alter eine Dehiszenz der einzelnen Knochen des Nasengerüstes eintritt. Nach vollzogener Operation geht die Verbreiterung rasch zurück, indem der knorpelige Teil der Nase seine ursprüngliche Form annimmt und auch die Knochen des Nasengerüstes sich wieder aneinander legen. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 39, H. 1.) E.

Zur Statistik der Aethylchloridnarkose. Von Dr. Lotheissen, Wien.

Da in der letzten Zeit von einigen Seiten ungünstige Erfahrungen mit der Aethylchloridnarkose berichtet wurden, versucht es Vf., der seit Jahren dieses Anästhetikum sowohl bei kleinen als auch bei größeren Eingriffen benützt, die mitgeteilten Todesfälle auf ihre wirklichen Ursachen zurückzuführen und weist nach, daß dem Anästhetikum ein, höchstens zwei Todesfälle zuzuschreiben sind, was dann ein Verhältnis 1 : 1700, respektive 1 : 8500 ergibt. Das Aethylchlorid ist also noch weniger gefährlich als Aether. Das Präparat hat stets gewirkt und nur in einem Falle von 150 Narkosen versagt. — (Zentralbl. f. Chir., Nr. 20, 1903.) E.

Zur Frühoperation der Appendizitis. Von Dr. Bornhaupt.

In der chirurgischen Abteilung des Rigaer städtischen Krankenhauses sind in den letzten zehn Jahren 268 Fälle von Appendizitis behandelt worden, von denen einige mehreremal operiert worden sind. Die Mortalität der im Intervall operierten Fälle betrug 1·1%; von 102 Patienten, die im Anfall operiert wurden, starben 15. Die Patienten mit diffuser Peritonitis sind trotz der Laparatomie und Ausspülung der Bauchhöhle gestorben.

Die Erfahrungen, die Vf. an diesem Material gewonnen hat, faßt er in folgenden Schlußsätzen zusammen: 1. Es darf keine prinzipielle Scheidung der exspektativen und operativen Behandlungsmethode bei der Appendizitis geben. 2. Mit dem Eingriff darf nicht gesäumt werden, sobald ein Exsudat sicher nachzuweisen ist. 3. Es gibt eine Reihe von Perityphlitiserkrankungen, wo nur die möglichst früh, innerhalb der ersten

Digitized by Google

24 Stunden ausgeführte Operation die einzig mögliche Behandlung darstellt. 4. Leider sind wir nicht imstande, das Krankheitsbild dieser Fälle genau zu präzisieren. 5. Abnorm hohe Temperaturen, frequenter Puls, sehr intensive Schmerzen, schlechtes Aussehen des Patienten, bretthart gespannter Leib, dabei palpabler Processus vermiformis, das sind die Anzeichen einer schwer verlaufenden Appendizitis, und diese verlangen die sofortige Operation. 6. Infolge der Tamponade ist die Frühoperation der Operation im Intervall nicht gleich zu stellen und muß daher unter dazu günstigen Verhältnissen die Operation im Intervall nach Ablauf von 4—5 Wochen angestrebt werden. 7. Die Frühoperation wird nicht in jedem Falle notwendig, sobald die Appendizitisattacke vom Anfang an von einem Chirurgen überwacht wird. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 70, Nr. 2.) E.

Ueber das Rhinophyma. Von Prof. v. Bruns.

Vf. hält die Operation des Rhinophyma für eine sehr dankbare, da sie fast immer ein sehr günstiges kosmetisches Resultat liefert. Die Photographien, die der Arbeit beigegeben sind, beweisen die Richtigkeit dieser Anschauung. Die Operation bestand in mehreren Fällen von zirkumskripter Wucherung in keilförmiger Exzision mit sofortiger Naht. Besonders bewährte sich die Exzision einer senkrechten Ellipse aus dem Nasenrücken und der Nasenspitze und einer queren Ellipse aus jedem Nasenflügel, wobei der untere Schnitt dicht am Rande des Nasenloches geführt wurde. Man kann auf diese Weise der Nase jede beliebige Form geben und die Blutung durch Naht stillen. Die Patienten waren nach 4—5 Tagen geheilt. Bei gleichmäßiger Verdickung der Nase empfiehlt B. die Dekortikation. Mit scharfem Messer wird in flachen Zügen die ganze Nasenhaut abgeschält und die Nase modelliert, während man mit einem in das Nasenloch eingeführten Finger der linken Hand die Dicke der Nasenhaut beständig kontrolliert. Bei der Abtragung der Haut soll jedoch die tiefste Hautschichte, in welche die Talgdrüsen hineinreichen, zurückgelassen werden, da von den Resten der Talgdrüsen die Ueberhäutung rasch vor sich geht und die neue Haut eine normale Farbe behält, während bei totaler Abtragung der Haut in ihrer ganzen Dicke und Transplantation nach Thiersch die Nasenhaut eine abnorme Glätte und ein fremdartiges Aussehen bekommt. Der einzige Nachteil dieser Methode ist die häufig abundante Blutung, welche durch Kompression oder mit dem Pacqelin gestillt werden muß. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 39, H. 1.) E.

Ueber den artikulierenden Gypsverband und seine Anwendung zur Behandlung angeborener und erworbener Deformitäten. Von Dozent Dr. Lieblein.

Vf. beschreibt genau die Technik der artikulierenden Gypsverbände, welche er an der Prager chirurgischen Klinik zur Behandlung des Klumpfußes, des Hohlfußes und der fibrösen Kniegelenkskontrakturen mit sehr gutem Erfolge benützt hat und empfiehlt sie nicht bloß als eines der ungefährlichsten und einfachsten, sondern zugleich als eines der wertvollsten Hilfsmittel der mechanischen Orthopädie. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, H. 3.) E.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zwei Fälle von habituellem Absterben des Fötus mit Albuminurie der Mutter und Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Von Fabre.

Vf. berichtet über zwei Frauen, die sich im nichtgraviden Zustand vollkommen wohl befanden. Während der Gravidität trat plötzlich ohne erkennbare Ursache Albuminurie auf. Trotz mehrwöchentlicher Dauer derselben wurde das Befinden der Mutter nicht wesentlich alteriert, doch starben die Früchte ab. Das Albumen verschwand post partum. In beiden Fällen wurde bei neuerdings eingetretener Schwangerschaft im Moment des Auftretens der Albuminurie die Frühgeburt eingeleitet und lebende Kinder erzielt. Vf. ist der Ansicht, daß unter diesen Umständen eine pathologische Veränderung der Nierenstruktur nicht vorliegen könne und führt die in den neuerlichen Schwan-

Digitized by Google

gerschaften sich wiederholende Albuminurie auf eine Erkrankung des Eies selbst zurück. Vf. hat dieselbe mikroskopisch nachgewiesen und charakterisiert sie als „destruktive Alteration der Deziduazellen mit umschriebenen Leukozyteninfiltrationen". Veränderungen der Zottendecke bis zum weißen Infarkt, Koagulation des mütterlichen Blutes in den intervillösen Räumen, hämorrhagischen Infarkt, d. i. in toto Behinderung der Plazentaratmung. Vf. nimmt nun weiters an, daß dieser Zustand jedesmal in abgeschwächtem Grade in der Mucosa uteri zurückbleibt, um in einer folgenden Schwangerschaft wieder stärker aufzuflammen. Vf. stellt schließlich die Hypothese auf, daß die derart erkrankte Dezidua toxische Stoffe ausscheide, welche das Nierenepithel derart beeinflussen, daß es für Albumen durchlässig wird. Vf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Es gibt Fälle von habituellem Fruchttod, bedingt durch eine Erkrankung des Eies mit Integrität des mütterlichen Nierenparenchyms. 2. Die Behandlung der Albuminurie verhindert in diesen Fällen den Fruchttod nicht, der vielmehr durch die primären Läsionen in der Plazenta herbeigeführt wird. 3. Künstliche Frühgeburt ist von dem Zeitpunkte an indiziert, wo bei lebensfähiger Frucht Albumen auftritt. — (Lyon méd. Nr. 25 u. 26, 1900.) Königstein.

Ueber Hyperemesis gravidarum. Von G C. Nijhoff.

Vf. berichtet über eine junge I. gravida, die sich in der 15. Woche ihrer Gravidität befand, und durch ein bereits neun Wochen bestehendes unstillbares Erbrechen stark heruntergekommen war. Vf. traf dieselbe in komatösem Zustand an, mit einer Pulsfrequenz von 140—150 Schlägen in der Minute. Es wurde alles Mögliche ohne Erfolg versucht, weshalb Vf. den Abort einleitete. Wenige Stunden nach erfolgtem Abort starb Patientin. Im Anschluß an diese Krankengeschichte bespricht nun Vf. in historischer und kritischer Hinsicht die verschiedenen Ansichten über die Erkrankung und deren Behandlung. Vf. selbst ist der Ansicht, daß es sich um eine erhöhte Reflexerregbarkeit des Zentralnervensystems handle. Das Erbrechen als solches behandeln zu wollen, ist in den meisten Fällen falsch und soll die Therapie auf die Psyche der Kranken gerichtet sein. Weiters wäre nachzuforschen, ob nicht irgend welche Anomalien objektiv nachzuweisen wären. Nur bei Hysterischen soll mit Hypnose und Suggestion unter größter Vorsicht therapeutisch vorgegangen werden. Schlagen alle therapeutischen Versuche fehl oder befindet sich die Schwangere bereits im zweiten Stadium der Krankheit (stark heruntergekommen und Gewichtsabnahme, Pulsbeschleunigung), so darf mit der Einleitung des Abortus nicht lange gezögert werden. Auf welche Weise der Abort eingeleitet werden soll, hängt von dem Stande der Schwangerschaft ab. — (Geneeskundige Bladen, 1901.) Königstein.

Ueber einige Schwangerschaftsblutungen. Von A. E. A. Lawrence.

Vf. verfügt über eine ganze Reihe derartiger Fälle, die er in Kürze beschreibt und kritisch sichtet, um die für die Praxis wichtigsten Schlüsse daraus zu ziehen. Vorerst weist er auf die Notwendigkeit einer genauen manuellen und spekularen Untersuchung hin, um einem eventuellen Uebersehen von pathologischen Verhältnissen vorzubeugen. Unterlassungssünden in dieser Hinsicht, besonders aber flüchtiges oder nachlässiges Untersuchen kann unter Umständen die verhängnisvollsten Folgen nach sich ziehen. Weiter verweist Vf. auf die so häufig vorkommenden Verwechslungen von Blutungen aus der Harnröhre, Blase, Niere und Hämorrhoiden infolge schlechter Beobachtung seitens des Patienten. Sehr eingehend beschäftigt sich der Vf. mit der Differentialdiagnose zwischen Blutungen bei drohendem Abort und Extrauteringravidität. — (Bristol med. chir. journ., 1901.) Königstein.

Zur Lehre von der Selbstentwicklung. Von Payer.

Vf. bringt vorerst eine ausführliche Uebersicht in historischer Hinsicht und berichtet schließlich über einen Fall eigener Beobachtung. Es handelt sich um eine zweite dorsoposteriore Querlage mit Vor-

Digitized by Google

lage des rechten Ellbogens bei einer bereits 24stündigen Geburtsdauer. Da im Verlauf des nächsten Tages Tetanus uteri eintrat und der rechte Ellbogen bis in die Vulva vorfiel, so ordnete der zur Entbindung herbeigerufene Arzt die Abgabe an die Klinik an, die mit einem stark federnden Transportwagen gut von statten ging. Unmittelbar nach dem Eintreffen auf der Klinik war die Gebärende sehr unruhig und preßte auffallend stark. Beim Umlegen ins Bett ging die Geburt vor sich und wurde die Frucht vorerst bis zum Winkel des rechten Schulterblattes geboren. Der rechte Arm war bis auf die in der Schamspalte befindliche Hand geboren, der Rücken sah nach rechts vorne. Nach Lösung des hinaufgeschlagenen Armes entwickelte sich der Kopf sehr rasch. Das Kind war sehr gut entwickelt, wog 2650 g, hatte eine Länge von 50 cm und war im Zustand des Absterbens. Das mütterliche Becken war sehr geräumig. Die Selbstentwicklung ging in auffallend kurzer Zeit vor sich. Es war kaum eine Stunde nach dem Blasensprung verstrichen. — (Samml. klin. Vortr., N. F. Nr. 314, Leipzig 1901, Breitkopf & Härtel.) Königstein.

Hautkrankheiten.

Lichtbehandlung nach Sensibilisierung. Von Dr. G. Dreyer.

Die Untersuchungen Dreyers demonstrieren, daß Bakterien und Infusorien durch einen ganz kleinen Zusatz von Erythrosin zu ihrem Nährsubstrat für gelbe und grüne Lichtstrahlen — die sie sonst vollständig oder beinahe vollständig unbeeinflußt lassen — sehr empfänglich gemacht werden können, ganz wie photographische Bromsilberplatten für dieselben Strahlen sensibilisiert werden.

Mit besonderem Hinblick auf die eventuelle Bedeutung der Sensibilisierung für die Lichtbehandlung wurde weiter gezeigt, daß die sensibilisierten Mikroben, auch wenn sie von verhältnismäßig dicken Hautschichten bedeckt waren, schnell und sicher durch die in der Therapie gewöhnlich benützten Lichtquellen getötet werden, wegen der sehr vergrößerten Empfindlichkeit für die stark penetrierenden gelben und gelbgrünen Strahlen. Wenn beispielsweise eine 1·25 mm dicke Hautlage zwischen Lichtquelle und normale Bac. prodigiosus eingeschaltet wurde, waren diese nach elfstündiger Beleuchtung noch am Leben; im sensibilisierten Zustand waren nach 20 Minuten alle getötet.

Praktische Bedeutung würde diese Beobachtung für die Lichtbehandlung der Hautkrankheiten jedoch nur unter der Voraussetzung erhalten können, daß sich auch die tierischen Gewebe mit Erythrosin für gelbe und grüne Strahlen sensibilisieren ließen.

Das Experiment zeigte das Zutreffen dieses Umstands und dürfte hierüber näheres aus dem nächsten Hefte der Mitteilungen aus Finsens Lichtinstitute zu erfahren sein.

Bei Lupuskranken steht eine größere Tiefenrichtung der Strahlen zu erwarten, ebenso bei allen Hautläsionen, die vorzüglich das Korium zum Angriffspunkt haben.

Die Erythrosinapplikation beschränkt sich auf Einspritzungen von 0·5—6 cm^3 ad modum Schleich oder subkutan — je nach dem Sitze des Leidens (Erythrosin-Grübler 1 : 100·0 physiol. Kochsalzlösung [0·85 pt.]).

4—8 Stunden nach der Injektion eine 15—20 Minuten dauernde Belichtung bei gut vaskularisiertem Gewebe; bei zikatriziellen Texturen länger. — (Dermatol. Zeitschrift, Bd. 10, H. 6, 1903.) N.

Zur Radiotherapie der kutanen Epitheliome. Von Dr. Brocq.

Brocq arbeitet mit weichen Röhren (ampoule Chabaux), deren Strahlen am Radiochromometer-Benoist mit 4—5 angezeigt erscheinen. Das Expositionsfeld wird der Röhre so nahe als möglich gebracht (15—17 cm von der Antikathode). Die gesunde Umgebung mit dünnen Bleiplatten geschützt.

Die erste Sitzung beläuft sich auf 25 Minuten. Eine Holzknecht-Pastille — am Rande der behandelten Stellen den Strahlen exponiert — zeigt nach dieser

Digitized by Google

Zeit einen Farbenton, welcher dem Zeichen 4 des Chromoradiometers Holzknechts entspricht. Die nächsten Sitzungen dauern 20 Minuten. Nach mehreren Sitzungen eine Pause von 12—15 Tagen.

Eine Serie von Fällen demonstriert, daß man auch mit diesem, allerdings recht umständlichen und kostspieligen Verfahren eine bedeutende Besserung des flachen Hautkrebses erzielen kann. Doch sind die Erfolge lange nicht genügend ermutigend, um der altbewährten, stets prompt wirkenden Heilbehelfe entraten zu können.

Die Exaktheit und der radikale Effekt des chirurgischen Eingriffes wird kaum mit anderen Heilfaktoren zu erzielen sein. Auch kann die langwierige, sich auf viele Wochen erstreckende Behandlungsprozedur mit X-Strahlen mit dem kaum halbstündigen Akte der Radikalexzision nicht in Wettbewerb treten.

Selbst die eifrigsten Apostel der Röntgen-Therapie jenseits des Ozeans, wie Stelwagon, J. C. White, Gildrist u. a., greifen zur Vorsicht, die Epitheliome erst gründlichst zu exkochleieren, resp. zu exzidieren, um dann erst die Belichtung vorzunehmen. Was dann aber von dem Heilerfolge den X-Strahlen zuzuschreiben ist, erscheint sehr fraglich. — (Ann. de Derm. et de Syph., Nov. 1903.) N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Experimentelle Studien über die Lokalisation des Quecksilbers bei Quecksilbervergiftung. Von J. Almkvist.

Die Untersuchungen über die Lokalisation des Quecksilbers im Körper bei Quecksilbervergiftungen sind zahlreich, aber alle derselben begnügten sich mit dem chemischen Nachweise in den einzelnen Organen. Dem Autor hingegen war es um eine histo-chemische Methode zu tun, welche Gewebsfixation, Quecksilberfixation und Quecksilberdifferenzierung zuließe. Von vorneherein stand der Weg frei, das Quecksilber als Schwefelquecksilber niederzuschlagen, dabei war selbstverständliche Voraussetzung, daß die Fixierungsflüssigkeit stark saure Reaktion haben müsse, um nicht auch im Gewebe enthaltenes Eisen als Schwefeleisen niederzuschlagen. Diese Ansäuerung erfolgt am besten mit Salpetersäure. Nach acht- bis zehnstündigem Verweilen werden die Präparate in Alkohol, allmählich aufsteigend bis zum absoluten, gehärtet und eventuell auch gefärbt. Daß die im mikroskopischen Bilde erscheinenden Niederschläge Schwefelquecksilber seien, ließ sich durch mikrochemische Reaktionen leicht erweisen, da Jodspiritus und Jodjodkalilösung dieselben lösten, während Jodkalilösung und Salpetersäure sie unverändert lassen.

Während der Ausarbeitung dieser Methode war bereits die Arbeit von Justus erschienen, Hg histochemisch im Gewebe nachzuweisen. Justus bediente sich hiebei auch des Schwefelwasserstoffes in saurer Lösung, glaubte aber vorher das im Gewebe als Quecksilberalbuminat supponierte Quecksilber als Chlorquecksilber mittels Zinkchlorid niederschlagen zu müssen, weil nach seiner Ansicht Quecksilberalbuminat durch Schwefelwasserstoff nicht gefällt werde. Diese Annahme ist nach Almkvist unrichtig. Im übrigen muß hier erwähnt werden, daß die Justus'sche Arbeit von Pollio (Klinik Neisser) als ihren Zweck nicht erfüllend hingestellt wurde und daß an diesem Urteil auch die Kassai'sche Arbeit nichts geändert hat, da auch sie aus der Klinik Neisser bei neuerlicher Nachprüfung die gleiche Beurteilung erfuhr.

Da A. trotz oder wegen der Nachprüfung der Justus'schen Methode des eigenen Weges sicher schien, wandte er sich der Untersuchung der einzelnen Organe von Tieren zu, die längere Zeit Hg, sei es intern oder subkutan, erhalten hatten, wobei auch Kontrolluntersuchungen nicht vorbehandelter Tiere mitliefen.

In den Nieren fanden sich die charakteristischen HgS-Körnchen in den gewundenen Kanälchen sowohl erster, als auch zweiter Ordnung, sie fehlen in den Glomerulis und in den geraden Kanälchen, reichlich finden sie sich im breiten aufsteigenden Schleifenschenkel der Henle-

Digitized by Google

schen Schleife. Im Darm finden sich Hg-Körnchen unmittelbar unter dem Epithel, und zwar finden sie sich auch im Gewebe, das nicht mit Schwefelwasserstoffwasser behandelt worden war, hauptsächlich in jenen Teilen des Darmes, wo erhebliche Fäulnis statthat, wo es also auf natürlichem Wege zur Bildung von Schwefelwasserstoffgas kommt. Wichtig ist weiter, daß man hier Körnchen auch in den Leukozyten der Lymphgefäße und auch hie und da des Bindegewebes findet, in den Epithelzellen in der Regel nur dann, wenn körnchentragende Leukozyten in dieselben eingedrungen sind. Aus diesem Umstand schließt der Autor, daß es sich nicht um eine Sekretion des Quecksilbers durch sekretorische Zellentätigkeit handle, sondern daß die Ausstoßung des Quecksilbers vielmehr durch Leukozytenwanderung stattfinde. Ist die Quecksilberwirkung noch stärker, so findet sich der Niederschlag von HgS in den Gefäßen, er sammelt sich in der Gefäßwand, wahrscheinlich in den Epithelzellen, an, und es kann so weit kommen, daß das ganze Lumen von Schwefelquecksilber erfüllt ist, was infolge der hochgradigen Schädigung der Gefäßwände Nekrose herbeiführe. Weiters zeigte sich ganz sicher, daß die Schwarzfärbung der Darmschleimhaut (Blinddarm) eigentlich weniger vom Grade der Quecksilbervergiftung, als vielmehr von der Menge des im Darminhalt vorhandenen H_2S abhänge. Da auch im Munde fortwährende Gelegenheit zu Fäulnisprozessen besteht, so glaubt der Autor, die Quecksilberstomatitis ebenfalls mit der daselbst durch Leukozytenauswanderung vermittelten Quecksilberelimination und durch analoge Zirkulationsstörungen erklären zu sollen. Die Untersuchungen an entbluteten, beziehungsweise gewaschenen und durchgespülten Organen machen es wahrscheinlich, daß das Quecksilber zum größten Teile im Blute, in der Lymphe und im Gewebsaft gelöst ist (und nicht in den festen Geweben lokalisiert).

Wenn wir diese Arbeit in Beziehung zur Justus'schen setzen, die, wie erwähnt, von der Klinik Neisser starke Ablehnung fand, so scheint es einmal, daß die von Justus angegebene Methode eigentlich nach den Ausführungen des Autors zu Recht bestehe, obwohl sie unnötiger Weise das Vorverfahren der Chlorzinkbehandlung durchmacht, anderseits schwebte aber Justus doch das höhere Ziel vor, indem er uns speziell die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe dartun wollte. — (Nordisk Medicinskt Ark. Abt. II, H. 2.) D.

Zur Pathogenese der syphilitischen Anämie und des syphilitischen Ikterus. Von F. Šamberger.

Nach den Ausführungen des Autors kommen bei der Wirkung des Quecksilbers auf Syphiliskranke zwei Komponenten in Betracht, die eine, die als spezifische zu bezeichnen sei und sich gegen das Kontagium richte, und eine zweite, die zunächst hämolytisch wirke, indem sie einen bedeutenden Zerfall von Erythrozyten herbeiführe. In diesem Zerfall liege aber gleichzeitig ein mächtiger Anreiz zu erhöhter Tätigkeit für die blutbildenden Organe, so daß hiedurch der Ausfall der Blutkörperchen, welcher durch die Grundkrankheit bedingt ist (aber doch auch durch Quecksilber?) rasch ausgeglichen werde.

Der deletäre Einfluß der Krankheit (und des Quecksilbers) äußere sich aber nicht nur auf die Erythrozyten, sondern auch auf die Leberzellen. Ist diese letztere Einwirkung eine geringe, so resultiere alimentäre Glykosurie, ist die Störung erheblicher, so komme es neben derselben zur Urobilinurie, und in den schwersten Formen oder bei längerer Dauer äußere sich die intensive Schädigung der Leberzellen als Ikterus. Die Leberzellen verlören durch den Einfluß der Syphilis wohl nicht die Fähigkeit, den Farbstoff zu bilden, wohl aber die, ihn zurückzuhalten; es komme infolgedessen zunächst die Diffusion von Urobilin, eventuell von Bilirubin, so daß in letzter Reihe der syphilitische Ikterus ein hepatogener wäre. Damit solle aber die Möglichkeit des haematogenen Ikterus bei Syphilis ebensowenig in Frage gestellt werden, wie Ikterus auf Grund von Exanthemen oder Lymphdrüsen-

Digitized by Google

anschwellungen. — (Arch. f. Derm. u. Syph. LXVII, 1.) D.

Zur Kenntnis und Verhütung des Jodismus. Von Fr. Lesser.

Die bisher zur Verhütung des Jodismus vorgeschlagenen Mittel (Sulfanilsäure, Belladonna etc.) sind nicht imstande, Jodismus zu verhüten. Auch die Annahme, der Jodismus werde durch Abspaltung freien Jods erzeugt, ist eine durch nichts gestützte, unerwiesene Hypothese, weil sich tatsächlich nirgends freies Jod nachweisen läßt, was man sich allerdings durch den Umstand erklären wollte, daß das freie Jod sofort durch die Eiweißstoffe des Organismus gebunden werde. Aber dann müßte sich dieses Jodeiweiß im Blute nachweisen lassen. Die Untersuchungen des Autors aber ergaben im Blut immer nur das Jodsalz, nie Jodeiweiß: es sind daher die Erscheinungen des Jodismus nicht auf freiwerdendes Jod, sondern auf die Jodalkaliwirkung zurückzuführen, so daß man nach dem Autor von Jodalkalismus und nicht von Jodismus sprechen sollte.

Das einzige von den vielen neuen Jodeiweiß- und Jodfettpräparaten, welches keinen Jodismus erzeuge, sei das Jodipin, aber auch hier gilt diese Einschränkung nur dann, wenn das Jodipin nicht per os, sondern subkutan verabreicht wird. Da bei beiden Arten der Einführung — per os oder subkutan — immer das ganze Jodfett in Jodalkali umgewandelt wird, kann der Unterschied in Bezug auf Jodismns nur darin gesucht werden, daß quantitative Differenzen hinsichtlich der Verarbeitung des Jodfettes bei der stomachalen und subkutanen Verabreichung sich ergeben. Tatsächlich gelangt das Jod bei der subkutanen Einverleibung nur sehr allmählich zur Resorption, ja es kommt hier der Mittelwert der während eines Tages zirkulierenden Jodmenge ungefähr einer Gabe von 0·3 g Jodkali gleich. Es ist daher das Ausbleiben des Jodismus bei der subkutanen Jodipininjektion nicht so sehr dem Präparat, als vielmehr der geringen, sich auf größere Zeiträume erstreckenden Jodzufuhr zuzuschreiben, wie denn auch diese Form der Therapie eine äußerst milde Jodkur darstellt.

Die Wege, die sich zur Hintanhaltung des Jodismus aus diesen Betrachtungen ergeben, wären: 1. die Verabfolgung der Jodsalze in schleimigen Vehikeln, die eine rasche Diffusion der Jodalkalien verhindern. 2. Die Zerlegung der Tagesdosis in möglichst viele Einzeldosen, wodurch wohl in der Zeiteinheit immer geringere Jodalkalidosen im Blute kreisen, ihre Höhe aber während der ganzen Zeit eine mehr konstante bleibe. (Hier ist wohl der Einwand gerechtfertigt, daß mit der durch die Zerlegung der Gesamtdosis bedingten Herabsetzung der in der Zeiteinheit im Blute kreisenden Jodmenge auch der angestrebte Zweck nicht erreicht würde; dies glaubt der Autor durch den Hinweis entkräften zu können, daß bei Einverleibung größerer Dosen wohl momentan der Affluxus des Jodalkalis zu dem erkrankten Gewebe ein sehr großer sei, dafür aber bei der raschen Ausscheidung des Jods auch sehr bald abnehme.) 3. Durch Einverleibung des Jods per rectum, weil hier naturgemäß die Resorption eine mindere ist. 4. Durch Verwendung von Jodeiweiß- und Jodfettpräparaten, weil bei diesen der Jodgehalt ein viel geringerer ist. 5. Durch Jodipininjektionen.

Es wäre daher insbesondere in Bezug auf neu einzuführende Jodpräparate der Gesichtspunkt festzuhalten, daß alle jene Verbindungen, die im Organismus in Jodalkali umgesetzt würden (und andere besitzen wir derzeit nicht), immer Jodismus erzeugen müßten und daß sich Differenzen nur auf die in der Zeiteinheit zirkulierenden Jodalkalimenge beziehen könnten. — (Deutsche med. Wochensch. Nr. 46, 1903.) D.

Kinderheilkunde.

Ueber den Wert der Schutzimpfungen gegen Diphtheritis. Von Dr. Karl A. Zuppinger.

Die Erfahrungen des Autors stützen sich auf tausend an den Geschwistern der

Digitized by Google

in das Spital aufgenommenen Diphtheriefälle vorgenommenen Schutzimpfungen. Präventivinjektionen, die an Spitalspfleglingen vorgenommen wurden, vermochten, besonders auf der Masern- und Scharlachabteilung, oft die gefährdeten Kinder vor Mischinfektion mit Diphtherie zu schützen.

Die in häuslicher Pflege verbliebenen Geschwister der aufgenommenen Diphtheriefälle erhielten in den ersten Jahren mehr, zuletzt nur die Immunisierungsdosis 200, in letzter Zeit 300 A. E. injiziert. Ausnahmslos wurde an der Außenseite des Oberschenkels injiziert. Mehrmals traten lokale Erytheme, zweimal ein scharlachähnliches Exanthem, einmal (vielleicht eine übersehene Diphtherie) eine akute Nephritis auf, die heilte. Manchmal kam es zur leichten, vorübergehenden Albuminurie, oder zu Temperatursteigerungen.

Es erkrankten von den immunisierten Kindern innerhalb der ersten 3—4 Wochen 18 Kinder (1·8%), vier schon am nächsten, vier am zweitnächsten Tage, drei nach drei Tagen, also elf, die zur Zeit der Präventivinjektion schon infiziert waren, so daß nur sieben Fälle bleiben, von denen einer am vierten, zwei am neunten, zwei am zwölften, einer am 16. und einer am 21. Tage nach den prophylaktischen Injektionen erkrankten. Derartige Ausnahmsfälle zeigt auch die natürliche Immunisierung nach überstandenen Infektionskrankheiten. Der Verlauf der nach den Präventivinjektionen entstandenen Diphtherie war immer überaus gutartig; alle 18 Kinder waren nach wenigen Tagen geheilt, während die ersten Fälle der betroffenen Familien neun ausgesprochen schwere (mit drei Todesfällen), sieben mittelschwere, zwei leichte Fälle waren.

Von nicht immunisierten Geschwistern aufgenommener Diphtheriefälle kamen dagegen 45 zur Aufnahme, viele waren schwer leidend, fünf (11%) starben trotz ausgiebiger Serumbehandlung. Während fast drei Monaten wurden die Immunisierungen eingestellt; in dieser Zeit betrug die Geschwisterzahl der 30 aufgenommenen Fälle ebenfalls 30; hievon kamen im Verlauf der ersten 3—4 Wochen sechs (20%) teils mit schwerer Rachen-, zwei mit Rachen-Kehlkopfdiphtherie zur Aufnahme. Daß ein Wechsel in der Kontagiosität der Diphtherie in den verschiedenen Jahren solche Schwankungen nicht erklären kann, zeigen mannigfache Erfahrungen, deren einige der Autor in extenso bringt.

Den Nutzen der Serumtherapie und Prophylaxe sollen noch folgende Daten illustrieren. In den Vorserumjahren 1886 bis 1894 wurden 675 Diphtheriekranke mit 268 (39%) Todesfällen behandelt, während unter gleichbleibenden Spitalsverhältnissen in der fast gleich langen Serumzeit 1518 Fälle mit 189 (12%) letalen Fällen in Behandlung standen. In der Vorserumzeit kamen 26 Geschwister in den ersten vier Wochen nach den ersten Erkrankungen zur Aufnahme, wovon 9 (34%) starben. In der Serumzeit kamen relativ genommen ungefähr gleichviel sekundär Erkrankte zur Aufnahme, nämlich 63; hievon waren 45 nicht immunisiert und gingen 5 (11%) mit dem Tode ab; 18 waren präventiv geimpft, die alle rasch heilten.

Was die Dauer des Immunisierungsschutzes anbelangt, zeigt eine kurze Statistik, daß die Immunisierten sich nach Ablauf der ersten 3—4 Wochen wie die Nichtimmunisierten verhalten, daß also der Impfschutz nicht länger anhält. Nur scheint eine eventuelle zweite Erkrankung viel später aufzutreten, als in der Vorserumzeit.

Bei länger anhaltender Infektionsgefahr müßte daher die Schutzimpfung wiederholt werden. Wichtig und unerläßlich bleiben prophylaktische Maßnahmen und rationelle Desinfektionsmaßregeln, ganz besonders Fernhalten der Erkrankten von der Schule, bis die Diphtheriebazillen im Munde nicht mehr nachweisbar sind. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1904.)

Nrth.

Ueber Aetiologie und Serotherapie des Keuchhustens. Von Dr. M. Manicatide.

Die Methode der bakteriologischen Studien war einerseits mikroskopische, anderseits kulturelle Untersuchung des Sputums auf Agarplatten. Von 82 Fällen wurde das gefärbte Sputum in

Digitized by Google

62 untersucht und in 56 derselben der „Bazillus z“ gefunden. Unter 80 auf Agarplatten geimpften Sputis fand man 67mal den Bazillus z. In 12 von den 13 negativen Fällen war er in gefärbten Sputumpräparaten zu finden. Nur in 5 von den 82 Fällen war er überhaupt nicht zu finden. Außerdem fanden sich Pneumokokken, Staphylokokken und Streptokokken. Bei gesunden Kindern fand sich der Bazillus z nicht.

Tierversuche mit dem Bazillus und mit Keuchhustensputum fielen negativ aus, doch bekommen die benützten Tiere (Meerschweinchen, Kätzchen, Hunde) auch spontan nicht den Keuchhusten.

Um den Beweis der Spezifizität des Bazillus z zu geben, ging Autor nur von folgenden Gesichtspunkten aus: „Wenn man die erworbene Immunität des Menschen gegen Keuchhusten zufolge einer einmaligen Erkrankung berücksichtigt, so muß man eine Antitoxin- oder Antikörperproduktion auch im Blute von Versuchstieren trotz schwacher Reaktion gegen das Toxin voraussetzen. Mit dem Blutserum der durch progressive Dosen von Bazillus z-Kulturen behandelten Tieren bei kranken Kindern eingespritzt, müßte man, wenn Bazillus z der Erreger des Keuchhustens ist, eine deutliche Modifikation der Symptome und des Krankheitsverlaufes erreichen.“

Ein Schaf, das mit steigenden Dosen behandelt wurde, zeigte anfangs keuchhustenähnliche Anfälle, die nach jeder neuerlichen Injektion exazerbierten. Doch zögert Autor, dieselben für Keuchhusten zu halten. Im ganzen wurden drei Schafe und zwei Pferde injiziert. Aus den Jugularvenen entnommenes Blut wurde zur Herstellung von Serum verwendet. Je 10 cm^3 wurde 1 cm^3 5%iger Karbollösung zugesetzt.

Nur mit diesem und ohne jede andere Medikation wurden 81 Keuchhustenfälle behandelt, von denen 20 ausführlich wiedergegeben werden. Von 89 statistisch vermerkten Fällen wurden 36 geheilt, 53 nur gebessert.

Von den Geheilten sind: 1 in 1 Tag, 2 in 2 Tagen, 1 in 3 Tagen, 3 in 4 Tagen, 3 in 5 Tagen, 1 in 6 Tagen, je 3 in 7 und 8 Tagen, 2 in 9 Tagen, 6 in 10, 2 in 11, 1 in 13 und die anderen in 16, 19, 20, 26 Tagen nach der Injektion geheilt worden. Sie waren 1 am 5. Krankheitstage, 1 am 6., 3 am 8., 4 am 9., 5 am 10., 3 am 11., 1 am 12., je 1 am 13., 14., 19., 20., 22., 26., 29. gespritzt. 8 Fälle sind nach einer, 18 nach zwei, die übrigen nach 3—6 Injektionen geheilt. Acht Kranke hatten Pneumonie, zwei Konvulsionen, fast alle diese Komplikationen wurden rasch geheilt.

Aus diesen Ergebnissen schließt Autor, daß das Serum die Fälle, welche nicht über 10—15 Tage alt sind, in 2—12 Tagen heilt. Die älteren Fälle werden gewöhnlich sehr gebessert, aber die Heilung erfolgt nach mehreren Tagen. Die Wirkung des Serums zeigt sich durch starke Verminderung der Zahl der Attacken. Die Schwere der Anfälle, auch bei sehr lange dauerndem Keuchhusten, wird erleichtert: die Anfälle sind kürzer, haben weniger Reprisen etc.

Der Bazillus z ist soweit als Erreger des Keuchhustens zu betrachten. Hiefür sprechen auch die positiven Agglutinationsversuche mittels des Serums keuchhustenkranker Kinder.

Zum Schlusse gibt Autor die Charakteristika des Bazillus in morphologischem, tinktoriellem und kulturellem Verhalten. — (Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankh., Bd. 45, H. 3.) Nrth.

Meine Erfahrungen mit dem Moser'schen polyvalenten Scharlach-Streptokokkenserum. Von Dr. Johann v. Bókay.

Von 46 Scharlachfällen wurden die 12 schwersten der Serumtherapie unterzogen. Die kleinste Einzeldosis betrug 100 cm^3, die größte 200 cm^3. Bei zwei Fällen wurde die Injektion nach Ablauf von 24 Stunden wiederholt.

Vor allem ließ sich nach der Injektion eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens konstatieren, die meist nach 24 Stunden eine wesentliche war. Besonders auffallend war das rasche Schwinden schwerer Gehirnerscheinungen, u. zw. war dieses noch ausgeprägter, wenn nach den ersten 24 Stunden auch ein bedeutender Fieberabfall erfolgte. Auffallend war der

Digitized by Google

Einfluß des Serums auf das sich entwickelnde, bezw. bereits entwickelte Exanthem. Das blühende Exanthem blaßte rasch ab. Auch der Charakter des Ausschlages wurde beeinflußt, indem das ausgesprochen variegierte Exanthem oder der dunkelrote papulöse Hautausschlag schon nach 1—2 Tagen in einen normalen punktförmigen, blassen verwandelt wurde. Das Augenfälligste war der Rückgang der fieberhaften Temperatur nach 24 Stunden. Derselbe variierte zwischen 3·4 und 0·9°. Bei fünf Fällen steigerte sich der Fieberabfall noch während der nächsten 24 Stunden, bei einem fiel die Temperatur schon 14 Stunden nach der Injektion (100 cm^3) von 40·4 auf 37°. Nie kam es hiebei zu Kollaps. Parallel ging ein Rückgang der Pulsfrequenz und eine Besserung der Pulsqualitäten.

Der nekrotische Rachenprozeß verbreitete sich weniger rasch und drang weniger tief. Nephritis in der Rekonvalenszenz findet sich zweimal, Synovitis serosa einmal, schwere Halsdrüsenentzündung viermal verzeichnet.

Von schädlichen Wirkungen wurde einmal Abszeßbildung an der Injektionsstelle, nie eine Schädigung der Nieren, siebenmal ein Serumexanthem (also bei 58%) beobachtet. Das Auftreten des Serumexanthems fiel auf den 6., 7., 8., 9. und 16. Tag, einmal trat es nach der vierten Woche auf. Die Form des Exanthems war das Bild der Urtikaria und des Erythema multiforme, doch manchmal auch rubeola — und scharlachähnlich.

Das polyvalente Scharlachstreptokokkenserum übt also nach dem Gesagten auf den Verlauf des Scharlachs eine sichere antitoxische Wirkung aus. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1904.) Nrth.

II. Diagnostik.

a) Pleura und Mediastinum.

Ueber das Verhalten der Leukozytēn bei der Pleuritis. Von Grigor Sergianz.

Seröse Pleuritiden nicht tuberkulöser Natur beeinflussen, auch wenn das Exudat reichlich, und Fieber vorhanden ist, die Leukozytenzahl nicht (6—12.000). Tuberkulöse seröse Pleuritiden lassen die Leukozytenzahl um weniges manchmal ansteigen (15—20.000); dies ist aber abhängig von dem Stadium des Grundleidens. Empyeme zeigen hohe Leukozytenwerte (22—29.000). Die Zahl derselben sinkt mit der Entleerung des Eiters und geht parallel mit dem Vorhandensein, resp. der Retention größerer Eitermengen. — (Zentralbl. f. innere Med. Nr. 1, 1904.) E. S.

Beiträge zur Genese, Pathologie und Diagnose der Dermoidzysten im Mediastinum anticum. Von Dr. Dangschat.

Zwei auf der Königsberger Klinik operierte und 42 Fälle aus der Literatur brachten Vf. zur Ueberzeugung, daß die bisherigen Versuche die Entstehung dieser seltenen Geschwülste zu erklären ungenügend sei und daß es sich stets um eine Inclusio foetus in foetu handelt. Die Krankheit bleibt lange Zeit latent und erst wenn der Tumor stärker zu wachsen anfängt, verursacht er Beschwerden durch Druck auf Herz und Lunge. Beweisend für die Diagnose sind Haare im Sputum oder Plattenepithelien in der Punktionsflüssigkeit. Hoffnung auf Heilung kann nur eine operative Behandlung bieten. Die Zyste soll, wenn möglich, ganz exstirpiert werden; wenn die Lage oder die Vernarbungen dies unmöglich machen, dann ist die Zyste breit freizulegen, durch Resektion zu verkleinern und dann sind günstige Verhältnisse für die Drainage zu schaffen. Die endgiltige Verödung der Zyste geschieht durch Aetzmittel. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, H. 2.) E.

b) Magen.

Ueber den Wert des Plätschergeräusches und der stethoskopischen Auskultation des Abdomens für die Diagnose von Stenosen im Magendarmtraktus. Von Dr. Gockel.

Trotz der absprechenden Urteile, welche die lebhafte Diskussion über die Bedeu-

Digitized by Google

tung des Plätschergeräusches in letzter Zeit gefördert hatte, muß Vf. hervorheben, daß seiner Meinung nach das Plätschergeräusch, ohne Rücksicht auf Intensität und Lage, ein eindringlicher Mahnruf sei, welcher gleich bei der ersten Untersuchung auch bei Abwesenheit prägnanter, auf eine Stenose hinweisender Symptome, die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit einer Stauungsinsuffizienz benigner oder maligner Art im Magendarmtraktus hinlenken soll. Ist bei der ersten Untersuchung Plätschergeräusch vorhanden, so verabsäume man niemals, den Patienten bei nüchternem Magen, und zwar möglichst mehrmals, zu untersuchen. Ist nüchtern stets Plätschern vorhanden und der Magen leer, so ist selbstredend eine Stenose des Magens auszuschließen und wird hiedurch häufig die Diagnose einer Stauungsinsuffizienz im Darm gesichert oder wahrscheinlich gemacht. Ist durch Sukkussion, Palpatoperkussion oder Lagewechsel kein oder nur undeutliches Plätschergeräusch wahrzunehmen, so läßt sich dasselbe häufig in deutlicher Weise mit Hilfe der stethoskopischen Auskultation des Abdomens feststellen. Selbstverständlich muß man bei der Auskultation die durch Peristaltik des Magens und Darmes entstehenden Geräusche von dem Plätschergeräusche streng abscheiden und muß das Ohr denselben Klang wahrnehmen, welchen es beim Schütteln einer halb mit Luft und halb mit Wasser gefüllten Blase oder Flasche vernimmt. Fünf Fälle belegen die Angaben des Vf. — (Arch. f. Verdauungskrankh. IX, H. 6.)

E. S.

c) Darm.

Zur diagnostischen Bedeutung der Leukozytenwerte bei den vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Prozessen. Von Dr. Stadler, Leipzig.

Nur die klinische Beobachtung einer großen Zahl von Appendizitisfällen kann darüber Aufklärung verschaffen, ob die Vermehrung der Leukozyten für die Diagnose der Art der Appendizitis verwertet werden kann und speziell ob die Leukozyten bei der Stellung der Indikation zur chirurgischen Behandlung von irgend welcher Bedeutung ist. Vf. hat dementsprechend eine größere Anzahl von Fällen nach dieser Richtung genau beobachtet und kommt zu der Ansicht, daß die Vermehrung der Leukozyten eine wichtige diagnostische Bedeutung besitze, indem durch das Verhalten der Leukozyten die einfachen Fälle mit fibrinöser Exsudation von den mit Abszeßbildung einhergehenden Formen unterschieden werden können.

Die nicht abszedierenden Fälle zeigen entweder keine Vermehrung der weißen Blutzellen oder nur im Anfang, während höhere Leukozytenwerte über 23.000, wenn sie dauernd vorhanden sind, auf Abszedierung schließen lassen. Ebenso spricht ein einmaliges Ueberschreiten der Zahl 25.000, namentlich nach längerem Krankheitsverlaufe, für das Bestehen einer Eiterung. Diese Fälle sind sofort der chirurgischen Behandlung zuzuführen.

Mit der Entleerung des Eiters (Eröffnung des Abszesses oder Durchbruch in ein Hohlorgan) sinkt die Leukozytenzahl entsprechend der Schnelligkeit des Abflusses des Eiters. Die für Appendizitis aufgestellten Normen gelten nach den Erfahrungen des Vf. auch für akute, entzündliche Prozesse des Beckenzellgewebes, soweit sich dieselben in der Nähe des Peritoneums abspielen.

Der Leukozytose kommt als klinischem Symptom mehr Wert zu, als der Konsistenz des Exsudats oder dem Verhalten der Körpertemperatur, es wäre aber ein Fehler, die Indikation zur Operation bloß auf dieses Symptom hin, ohne Berücksichtigung des sonstigen klinischen Verlaufes zu stellen. Bei chronischen Eiterungen hat das Verhalten der Leukozyten nur einen beschränkten diagnostischen Wert.

Für die Diagnose der allgemeinen Peritonitis ist jedoch nach der Erfahrung des Vf. die absolute Höhe der Leukozytenzahl nicht verwertbar, sondern nur ihre Neigung zum Steigen und Fallen. Im allgemeinen scheint bei den foudroyanten, letal endigenden Fällen von Peritonitis von Anfang an nur eine geringe Vermehrung der Leukozyten stattzufinden. Im

Digitized by Google

Gegensatz dazu weisen die bei rechtzeitigem chirurgischem Eingreifen günstig verlaufenden Fälle mit dem Einsetzen der allgemeinen Peritonitis eine ungewöhnlich starke Steigerung der Leukozyten auf. Die Leukozytose scheint daher nach Ansicht des Vf. ein Maßstab für die Widerstandsfähigkeit des Körpers gegenüber den Bakterien und ihrer Toxinen zu sein. — (Mitt. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir., Bd. 11, H. 3.) E.

Appendicitis obliterans. Von Prof. Knud Faber, Kopenhagen.

In einer Anzahl von Resektionen des Processus vermiformis, die wegen der klinischen Erscheinungen einer Appendizitis vorgenommen wurden, wurde eine teilweise oder totale Obliteration des Processus vermiformis gefunden. Während nun anfangs diese Obliteration als Endausgang einer Entzündung aufgefaßt wurde, nahm man später eine senile Involution des Wurmfortsatzes an. Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen, die an fünf resezierten Wurmfortsätzen vorgenommen wurden, sowie auch auf Grund des Studiums der Literatur schließt sich Vf. der ersteren Ansicht an und zieht folgende Schlußfolgerungen:

In dem Processus vermiformis treten häufig Entzündungsprozesse ein, die zur totalen oder partiellen Obliteration des Lumens führen. In der Regel beobachtet man nur das Resultat, die Obliteration, als zufälligen Sektionsbefund; in einer geringen Anzahl von Fällen jedoch wird der Entzündungsprozeß in einem frischeren Stadium beobachtet, wenn der Appendix durch Operation entfernt wird. Die mikroskopische Untersuchung ergibt keinen Anhaltspunkt, um den Verschluß als Resultat eines senilen Involutionsprozesses anzunehmen. Oefters verläuft die Appendicitis obliterans, ohne daß krankhafte Symptome nachzuweisen sind, und einer gewissen Anzahl von Fällen lassen sich bei der Pathologie die gewöhnlichen Symptome der chronischen Appendizitis nachweisen. Mit der Obliteration gleichzeitig bilden sich oft bedeutende Adhäsionen um den Processus, und diese können eine große klinische Bedeutung haben. Selbst ohne Adhäsionen kann eine Appencidtis obliterans schwere Symptome machen. Eine obliterierende Appendizitis kann in ihrem Verlaufe ausgesprochene Anfälle akuter Appendizitis machen. In einigen Fällen kann das Leiden als eine larvierte Appendizitis auftreten, ohne akute Anfälle und ohne daß sich Schmerzen und Empfindlichkeit auf die rechte Seite lokalisieren lassen. Selbst in solchen Fällen können sich noch ausgebreitete und starke Adhäsionen gebildet haben. — (Mitt. a. d. Grenzg. f. Med. u. Chir., Bd. 11, H. 4.) E.

d) Peritoneum.

Ueber Pneumokokken-Peritonitis. Von Dr. Max v. Brunn, Tübingen.

Zwei auf der Brun'schen Klinik zur Beobachtung gekommene Fälle von Peritonitis mit Pneumokokkenbefund, welche sowohl in Bezug auf Krankheitsverlauf, als auch Befund bei der Operation ein durchaus ungewöhnliches Verhalten zeigten, veranlaßten den Vf., dieses typische Krankheitsbild genau zu studieren; er faßt das Resultat seiner Studien in folgenden Schlußsätzen zusammen: Die Pneumokokken-Peritonitis ist eine seltene Krankheit, häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen. Sie entsteht entweder sekundär von Erkrankungen der Lunge, oder des Ohres oder auch primär; für diese letzteren Fälle ist der Infektionsmodus vielfach noch nicht in allseitig befriedigender Weise aufgeklärt. Pathologisch-anatomisch ist das Hauptcharakteristikum der Pneumokokken-Peritonitis ein sehr fibrinreiches plastisches Exsudat, das frühzeitig zu Verklebungen und Abgrenzung des Prozesses führt. In den hochgradigen Fällen wird die ganze Masse der Darmschlingen zu einem Klumpen verlötet und von einer, das ganze Abdomen einnehmenden Eitermasse umgeben. Daraus ergibt sich das klinische Bild: in typischen Fällen, besonders bei Kindern, gleicht der Beginn einer akuten Peritonitis, darauf folgt jedoch ein chronisches Stadium mit verhältnismäßig geringfügigen peritonitischen Symptomen. Die

Digitized by Google

Diagnose ist ohne bakteriologische Untersuchung aus dem typischen Verlaufe und der charakteristischen Beschaffenheit des Eiters (grünlich-gelbe Farbe, Geruchlosigkeit, Fibrinreichtum) mit Wahrscheinlichkeit zu stellen. Die Prognose ist günstig; Spontanheilung möglich, aber selten. Heilung nach operativer Behandlung die Regel. Die Behandlung hat in Entleerung des Eiters durch breite Eröffnung der Abszeßhöhle und Drainage zu bestehen. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 39, H. 1). E.

Embolie und Thrombose der Mesenterialgefäße. Von Dr. Falke, Königsberg.

Vf. weist auf das gleichzeitige Vorkommen von Purpura haemorrhagica mit Embolie der Darmarterien hin, das er in einem Falle auf der chirurgischen Klinik des Professors Garré zu beobachten Gelegenheit hatte. Er hält die Purpura in zweifelhaften Fällen für ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel und glaubt, daß sie auch ihre Ursache in Thrombosierungen kleiner Hautäste habe. Der Verlauf des Falles war ein mehr chronischer. Mehrere Schmerzattacken, mit ikusähnlichen Symptomen, und später blutige Stühle, schließlich ein heftiger Kolikanfall mit blutigen Diarrhöen. Der Obduktionsbefund gab die Erklärung dieses Verlaufes, nämlich Thrombosierungen in den großen Aesten der Arter. mesaraica super. und viele ältere Thrombosierungen in den kleinsten Aesten. — (Beitr. z. klin. Chirl., Bd. 38, H. 3.) E.

e) Leber.

Ueber Venenpulse an den Vorderarmen bei atrophischer Leberzirrhose. Von Dr. E. Hitschmann.

Vf. beobachtete an den subkutanen Venen des Vorderarmes und Handrückens bei vielen an atrophischer Leberzirrhose leidenden Kranken, bald nur temporär, bald längere Zeit, selbst Monate andauernd, Bewegungen der nicht gestauten Venen, welche sich als starke, mit der Respiration, sowie der Herzaktion synchrone Pulsationen, genau den Bewegungen der Ven. jugularis entsprechend, erkennen ließen. Am besten war das Phänomen an der Hautvene der radialen Unterarmseite zu sehen. Bestand das Phänomen nicht, so konnte es durch Erwärmen oder bessere Blutfüllung der oberen Extremität erzeugt werden. Punktion des vorhandenen Aszites blieb ohne Einfluß auf dasselbe. Da die Fälle atrophischer Zirrhose verschiedenster Aetiologie dieses Symptom zeigten, muß diese Bewegungserscheinung an den Venen als direkte Folge des durch die peripylephlebitische Zirrhose eigenartig modifizierten Venenblutkreislaufes aufgefaßt werden und gewinnt daher gegenüber anderen mit Aszites und Beinödemen einhergehenden Zuständen diagnostische Bedeutung.

Beim ödematösen Leberzirrhotiker gewinnt infolge Anstauung des Blutes in der Pfortader und dem Gebiete der unteren Hohlvene der rechte Vorhof bedeutend weniger Blut als normal, ferner fehlt bei starkem Aszites bei Leberzirrhose die Bauchatmung, welche die inspiratorische Entleerung des Blutes aus der Leber und der unteren Hohlvene befördert. Es gelangt somit im Inspirium und in der Vorhofdiastole das Blut in einen stark negativen Druck aufweisenden Raum. Die Verstärkung der Druckschwankungen gegenüber den normalen, resp. das tiefe Druckminimum, dürften nach Vf. genügen, die weite Ausdehnung der Venenundulationen zu erklären. — (Zentralbl. f. innere Med. Nr. 2, 1904.) E. S.

f) Niere und Nebenniere.

Ueber Ureterenkatheterismus und funktionelle Nierendiagnostik. Von Kapsammer.

K. hat in durchaus origineller Weise die eben sehr aktuellen Untersuchungen über die Funktionen jeder einzelnen Niere mit Hilfe des Uretherenkatheterismus und der gangbaren physikalisch-chemischen Methode nachgeprüft, und verwertet die gewonnenen Resultate nach einer vollkommen neuen Richtung. Zunächst konnte er beobachten, daß die Behauptung Caspers, des eifrigsten Vorkämpfers für die Notwendigkeit und Unschädlichkeit des

Digitized by Google

Harnleitersondierens, durch das hohe Einführen des Katheters könne das Abfließen von Urin neben demselben verhindert werden, nicht richtig ist, sondern hier ganz unberechenbare individuelle Unterschiede obwalten. Weiters bekämpft K. die herrschende Anschauung, die Absonderung beider Nieren nach Mengen und Zusammensetzung sei in gleichen Zeitintervallen die gleiche, auf Grund exakter Tierversuche, welche ergaben, daß beide normale Nieren in derselben Zeit ungleiche Mengen eines ungleichen Sekrets ausscheiden. Eine Niere sezerniert in der Regel mehr als die andere, ein Alternieren fand sich unter 172 Einzelbeobachtungen nur zweimal. Dadurch verschiebt sich die Basis der bisher geübten funktionellen Untersuchungsmethoden, ohne der Leistungsfähigkeit derselben überhaupt Abbruch zu tun. Gelegentlich der erwähnten Untersuchungen konnte K. auch eine Beobachtung machen, welche von praktischer Bedeutung für die Pyelitis ist. Bei beiderseitiger Ureterensondierung in Fällen von Pyelitis fand sich in 25 Fällen nur fünfmal eine beiderseitige, dagegen 20mal eine einseitige Erkrankung. K. vermutet, daß der fortwährende Flüssigkeitsstrom durch den Ureter auf der gesunden Seite die Aszendierung einer Eiterung daselbst hindere. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 51, 1903.) Rich. Grünfeld.

Die chronisch-infektiösen Entzündungen der Nebenniere und die chronische Insuffizienz der Nebenniere. Von Emile Sergent.

Vf. hat einen Symptomenkomplex als chronische Insuffizienz der Nebenniere beschrieben, in welchem Asthenie, Abmagerung, Anämie, Erbrechen, niedriger Blutdruck, Neigung zu subnormalen Temperaturen und Kollaps, Ohnmachten, die Hauptrolle spielen, und für welchen der anatomische Befund eine chronisch-entzündliche Induration der Nebennieren ergab. Meist schließen sich diese Krankheitszustände an Infektionskrankheiten an. Vf. bringt einen neuen Fall seiner Beobachtung: Ein 54jähriger Mann, welcher vor zwei Jahren an einer schweren Infektionskrankheit, wahrscheinlich Abdominaltyphus gelitten hatte, konnte sich seither nicht erholen und klagt über zunehmende Mattigkeit. Er zeigt zur Zeit der Beobachtung ausgebildete Asthenie, raschen, sehr weichen Puls, extreme Blässe (rote Blutkörperchen = 3,800.000) ohne charakteristischen Blutbefund, Erbrechen und Schmerzen in der Magengrube, namentlich jedoch im linken Hypochondrium. Durch Verabreichung von Nebennierensubstanz-Extrakt bessert sich das Befinden zeitweilig, bald jedoch nehmen alle Symptome wieder an Schwere zu. Ohnmachten treten auf; Oeffnen des Mundes zum Zwecke der Besichtigung der Zunge erzeugt eine plötzliche tetanoide Kontraktion der Masseteren, welche $1^1/_2$ Stunden dauert. Zwei Tage später Exitus. Die Obduktion ergab nur Induration der Nebennieren (mikroskopische Untersuchung fehlt), sonst keinerlei Veränderungen. — (Archives générales de médicine Nr. 1, 1904.) E. S.

g) Nervensystem.

Zur Zytodiagnose der Tabes. Von Frenkel-Heiden.

Nach den Erfahrungen französischer Autoren ist besonders in den Anfangsstadien der Tabes der Lymphozytengehalt der Zerebrospinalflüssigkeit vermehrt. Vf. kann diese Behauptung nach seinen Versuchen nur voll bestätigen. Man entnimmt nicht mehr als 3—4 cm^3 durch Lumbalpunktion, zentrifugiert, läßt die Flüssigkeit abtropfen und entnimmt die übrigbleibenden Zellelemente mit einer Kapillare zur mikroskopischen Untersuchung; normale Zerebrospinalflüssigkeit läßt zentrifugiert kein Zellmaterial zurück. Der Eingriff ist völlig gefahrlos und ohne üble Nachwirkungen. Die Resultate sind die gleichen bei Tabes, Paralyse und zerebrospinaler Lues. — (Neurol. Zentralblatt, 22. Jahrg., Nr. 23.)

Dr. Rosenthal.

Ueber die reflektorische Pupillenstarre und den Hirnrindenreflex der Pupille. Von L. Bach.

Bei der reflektorischen Starre fehlt zum Unterschied von peripher bedingter Amaurose die direkte und indirekte Lichtreaktion der Pupille. Den Sitz der Stö-

Digitized by Google

rung verlegt Vf. auf Grund von Tierexperimenten an das spinale Ende der Rautengrube. Die Miosis bei der reflektorischen Starre erklärt Vf. in der Weise, daß bei der reflektorischen Starre ein Reizzustand von Hemmungszentren an der vorhin gedachten Stelle bestände. Durch die Wirkung dieser Zentren kommen alle Reize in Wegfall, welche auf die Pupille in verengerndem und erweiterndem Sinne einwirken. Es tritt daher eine Ruhestellung der auf die Pupillen einwirkenden Kräfte ein, und so kommt es zur Miosis, weil bei vollständiger Muskelruhe der bei weitem kräftigere Sphinkter über den schwächeren Dilatatorpupillen überwiegt. Den Haab'schen Hirnrindenreflex der Pupille — Eintreten einer Pupillenverengung, wenn lediglich die Aufmerksamkeit auf eine Lichtquelle gelenkt wird — hält Vf. für selten und diagnostisch unbedeutsam. — (Neurol. Zentralbl., 22. Jahrg., Nr. 23).

Dr. Rosenthal.

h) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Beitrag zur chirurgischen Bedeutung der Influenza. Von Dr. Millner.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß an die Influenza sich die verschiedensten Krankheiten, oft sehr schwerer Natur, anschließen können. Auch für chirurgische Krankheiten (Periostitis, Abszeß etc.) wurde dies nachgewiesen. Vf. teilt neuerlich einen sehr interessanten Fall mit, bei dem im Anschluß an eine Influenza eine rezidivierende Spondylitis mit Schwielenbildung und Kompression des Rückenmarkes sich einstellte. Aus der Krankengeschichte wären folgende Daten zu erwähnen: Schwere Influenza mit Pneumonie und Delirien. Vier Wochen darauf akute, fieberhafte Entzündung in der Gegend des X.—XII. Brustwirbels mit deutlicher, sehr schmerzhafter Schwellung der Weichteile und teilweiser Lähmung der Beine. Die Erscheinungen gehen allmählich zurück bis auf einen etwas empfindlichen Knoten in loco und leichte Schwäche im linken Bein. Später traten noch rezidivierende Purpuraanfälle auf. Als der Patient zwei Jahre später im Krankenhaus Aufnahme fand, konnte man dort eine allmählich sich entwickelnde komplette spastische Lähmung beider Beine, und eine tumorähnliche Schwiele außerhalb des Wirbelkanals in der Höhe des XI. Brustwirbels konstatieren. Kein Gibbus. Nach der Exstirpation der Schwiele Besserung des Zustands und schließlich vollständige Heilung. — (Mitt. a. d. Grenzg. f. Med. u. Chir., Bd. 11, H. 3.) E.

Ueber die Bedeutung der Koplik'schen Flecken als Frühsymptom der Masern. Von Dr. Karl Manasse.

Von 48 Masernfällen zeigten 45 die typischen Koplik'schen Flecken als kleine, etwa hirsekorngroße, hellrote Flecken von unregelmäßiger Form mit bläulich-weiß schimmerndem Zentrum, auf der Mundschleimhaut, gegenüber den oberen oder unteren Molaren und Prämolaren. Das Exanthem des Mundes und Gaumens kam erst 2—3, oft auch 4—5 Tage später zum Vorschein, während Koplik das Auftreten seiner Flecken meist nur 24 Stunden vor dem Auftreten der Masern beobachtet hat. 20 Fälle von Röteln und Scharlach haben die Koplik'schen Flecken nicht dargeboten. Es läßt sich also hieraus schließen, daß die sogenannten Koplik'schen Flecken sich strenge von dem im Beginn der Masernerkrankung auf der Schleimhaut des Mundes und Gaumens auftretenden Exanthem unterscheiden lassen, und daß sie in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle sichtbar sind und somit ein sehr wertvolles Frühsymptom der Masern darstellen. — (Die Heilkunde, 1903.)

Nrth.

i) Psychiatrie.

Retrograde Amnesie nach Strangulationsversuchen und nach Kopftrauma. Von Dr. Heß.

In einem Falle von Suizidversuch durch Erhängen, ferner in zwei Fällen von Kopftrauma war nachträglich die Erinnerung an das Trauma und an den unmittelbar vorausgegangenen Zeitraum von einer halben Stunde vollkommen entschwunden. Bei einer späteren Nachprü-

Digitized by Google

fung schienen die Patienten alles wieder zu wissen; eine eingehende Untersuchung zeigte jedoch, daß die Patienten nur wußten, was sie durch die Erzählung anderer erfahren und durch ihre Phantasie unbewußt ergänzt hatten.

In einem Falle hatte der Vorgang bei der Verletzung ein gerichtliches Nachspiel, bei welchem die Patientin als Zeugin unter Eid ausführlich über den Unfall berichtete, an den sie noch fünf bis sechs Wochen vorher keine Spur von Erinnerung gehabt hatte. Die Ursache der retrograden Amnesie in solchen Fällen ist die durch das Kopftrauma bewirkte Gehirnerschütterung. Die Häufigkeit des Symptoms ist wahrscheinlich eine viel größere als bekannt ist. In straf- wie zivilrechtlichen Fällen ist die retrograde Amnesie von größter Bedeutung, besonders bei Bewertung von Zeugenaussagen. — (XXXIV. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe am 14. u. 15. Nov. 1903; Neurol. Zentralbl., 22. Jahrg., Nr. 24.) Dr. Rosenthal.

Ueber krankhaften Wandertrieb. Von Ernst Schultze.

Auf Grund von neun einschlägigen Fällen sucht Vf. nachzuweisen, daß durchaus nicht alle Zwangsreisen auf Rechnung der Epilepsie gesetzt werden sollten. Auch im Delirium tremens, weiters bei Alkoholintoleranz nichtepileptischer Natur, ferner bei Depressionszuständen, sowie bei degenerierten, erblich belasteten Individuen und bei Neurasthenikern kann Wandertrieb sich einstellen. Vor Beginn der Reise ist die Stimmung des Kranken eine schlechte, es besteht ausgesprochene Angst, Gefühl von Druck auf dem Herzen, Gefühl von Wärme, die den Körper überströmt. Das unbestimmte Krankheitsgefühl treibt sie in die frische Luft hinaus, zur Ortsveränderung. Aus der trüben Stimmung erklärt sich die mangelhafte Merkfähigkeit, die Unmöglichkeit, nachher Genaueres über einzelne Vorfälle während der Reise wiedergeben zu können. Solche Fälle können auch forensisches Interesse haben, wie Fall IX beweist. Hier hatte ein Beamter vor seinem Verschwinden der ihm anvertrauten Kasse eine große Geldsumme entnommen. Aus den näheren Umständen erhellte mit Sicherheit, daß es sich hier nicht um verbrecherische Motive, sondern um einen krankhaften Zustand handelte. Auch manche Fälle von Desertion dürften hieher zu zählen sein. — (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 60, H. 6.) Dr. Rosenthal.

Zur Frage der kombinierten Psychosen. Von R. Gaupp.

Unter kombinierten Psychosen verstand man früher Fälle, bei welchen heterogene Zustandsbilder — manische, depressive, paranoische etc. Zustände — gleichzeitig oder nacheinander auftraten. Dieser rein symptomatologische Standpunkt ist zu verwerfen, und nur die ätiologische Grundlage maßgebend. Danach wären kombinierte Psychosen solche, bei welchen zu angeborenen Anomalien erworbene Geistesstörungen dazutreten oder wenn eine Psychose durch andere Hirnschädigungen, wie Alkoholismus oder Arteriosklerose, kompliziert und verändert wird. So kann sich zur Idiotie oder Imbezillität die Epilepsie hinzugesellen, ferner alkoholische Psychosen zu Schwachsinn, Delirium alkoholicum zur Epilepsie. Es kann ferner die Hysterie mit verschiedenen Psychosen kombiniert sein. Es können ferner arteriosklerotische und senile Veränderungen zu angeborenen oder erworbenen Störungen dazutreten. Ferner können sich Epilepsie und Zwangsvorstellungen, Epilepsie und Hysterie gruppieren. Bei der Annahme von solchen Kombinationen muß jedoch das leitende Moment stets das ätiologische sein. — (Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. 26, H. 167.) Dr. Rosenthal.

k) Weibliches Genitale.

Fibrom des Ligamentum latum. Von A. Pollosson.

Vf. berichtet über eine 35jährige Patientin, die immer regelmäßig menstruiert hatte und seit zehn Jahren steril verheiratet ist. Seit fünf Jahren klagt Patientin über Schmerzen in der Beckengegend und zeitweise erschwerte Urinent-

Digitized by Google

leerung, sowie Erscheinungen von Kompression des Mastdarmes. Bei der Untersuchung fühlt man einen Tumor, der bis über die Symphyse steigt und ins kleine Becken hinabreicht, dasselbe fast ganz erfüllend und den Duglassack bis zum Peritoneum herabdrängend. Das hintere Scheidengewölbe ist vollständig verstrichen, das vordere stark ausgezogen, in demselben der Muttermund zu tasten. Ob zwischen Geschwulst und Uterus irgend eine Beziehung besteht, ist nicht festzustellen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle konnte man einen im linken Ligament. latum sitzenden Tumor konstatieren. Nach Spaltung des die Geschwulst deckenden Peritoneums wird der Tumor ausgeschält, nach der Scheide hin drainiert und das Bauchfell des Geschwulstbettes wieder vernäht. Der Uterus fand sich völlig nach rechts verdrängt. Störend war für den Verlauf der Operation der Hochstand der Blase, sowie die zahlreichen Verwachsungen mit dem Darme. — (Lyon méd., 1901.) Königstein.

Hemianopsie bei Eklampsie. Von Z. Knapp.

Vf. weist darauf hin, daß die Hemianopsie ein seltenes, bisher erst zweimal beschriebenes Vorkommnis ist gegenüber der häufiger zu beobachtenden Amaurose bei Eklampsie. In vorliegendem Falle handelte es sich um eine 27jährige I. para, welche im komatösen Zustand an die Klinik gebracht wurde. Daselbst mußte behufs rascher Entbindung mittels Bossis Dilatator der Zervix erweitert werden, worauf Wendung und Extraktion vorgenommen werden konnte. Als das Bewußtsein wiedergekehrt war, klagte die Patientin über Sehstörungen und konnte durch genauere Untersuchung eine Einschränkung der rechten Gesichtshälfte bis zur Medianlinie nachgewiesen werden. Bereits am nächsten Tage war diese Erscheinung geschwunden. Nach Ansicht des zugezogenen F. Pick handelte es sich um eine toxische Lähmung der zentralen Nervenbahnen mit stärkerer Beteiligung einer Hemisphäre, wodurch nach dem Zurückgehen der zuerst vorhandenen Amaurose für längere oder kürzere Zeit Hemianopsie zurückbleiben kann. Letztere Ansicht wird gestützt durch die Kenntnis der halbseitigen motorischen Störungen bei Urämie. — (Prag. med. Wochenschr. Nr. 21, 1901.) Königstein.

Ueber Appendicitis in ihren Beziehungen zur Schwangerschaft. Von Pinard.

Vf. verlangt in erster Linie eine frühzeitige Diagnose der Appendizitis. Letztere kann in den meisten Fällen auch bei bestehender Gravidität gemacht werden. Die Möglichkeit dieser Affektion muß jederzeit im Auge behalten werden. Die Fundamentalsymptome der Appendizitis sind Schmerz in der Fossa iliaca rechterseits und die eigenartige Muskelsteifigkeit. In differential-diagnostischer Beziehung müssen durch Abort oder Frühgeburt auftretende schmerzhafte Uteruskontraktionen von den oben aufgezählten, der Appendizitis eigentümlichen Schmerzen getrennt werden. Bezüglich der Therapie dringt Vf. auf ein möglichst frühzeitiges Operieren. Selbst die verzweifeltsten Fälle bieten eine Chance der Heilung. — (Ann. de gynécol. et d'obstétr., 1900.) Königstein.

l) Haut.

Ueber Serumexantheme. Von Dr. R. v. Rittershain.

Vf. überblickt die toxischen Erytheme, welche von 1898—1901 an Ganghofers Kinderklinik in Prag zur Beobachtung kamen, unter 1224 mit Diphtherie-Serum injizierten Fällen trat Serum-Exanthem 79mal (6·45%) auf. Bei zwei Kindern trat zweimal ein derartiges Exanthem auf. Bei dem ersten dieser beiden wurden zwei Injektionen in vierwöchentlichen Intervallen gemacht. Beim zweiten Kinde war wohl nur eine Injektion appliziert worden. Der zweite Exanthemausbruch war als Rezidive des ersten aufzufassen.

Frühere Statistiken ergaben 22% Exanthem, so daß eine Abnahme in der Häufigkeit der Serum-Exantheme zu konstatieren ist. Bei Anwendung großer Serummengen sind Exantheme häufiger. 22mal waren lokale und 59mal generali-

Digitized by Google

sierte Ausschläge vorhanden. Lokale Eruptionen erschienen spätestens zehn Tage nach der Einspritzung; sie dauerten 2—3 Tage, erschienen ohne Fieber und ohne Alteration des Allgemeinbefindens. Die generalisierten Exantheme erschienen spätestens am sechsten Tage. Spätausbrüche nach einem mehrwöchentlichen Zeitraume wurden nicht beobachtet. Abgesehen von zehn scharlachartigen Exanthemen und sieben mit Komplikationen ausgestatteten Formen, bestand nur in 13 Fällen Fieber, wurde aber in 27 anderen Fällen vermißt.

Bezüglich der Exanthemform erfährt man, daß 31mal urtikariaähnliche Eruptionen, 2mal diffuse Erytheme, 10mal scharlachartige, 6mal masernähnliche und 5mal polymorphe Erscheinungsformen bestanden. Was die skarlatiniformen Exantheme anbetrifft, wird die große Schwierigkeit der Differentialdiagnose gegenüber echtem Scharlach betont, ja v. Rittershain glaubt, daß in den meisten Fällen wirklicher Scharlach zugrunde liegt. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Berlin 1902.) N.

Ueber Purpuraarten. Von Dr. Lenoble

Vf. unterscheidet zunächst eine echte Purpura (P. myéloïde), welche alle Organe befallen kann, mit Epistaxis, Gastrorrhagien, Hämatemesis, Hämoptyse, bei Frauen auch mit profuser Menstruation einhergeht und unter Umständen zu schwerer Anämie, ja auch zum Tode führen kann. Sie verläuft chronisch, akut oder subakut, mit längerem oder kürzerem Bestand. Das Blut zeigt hiebei kernhaltige rote Blutkörperchen, neutrophile, seltener eosinophile Myelozyten, die Hämatoblasten sind an Zahl vermindert, an Volumen vermehrt. Zuweilen findet sich auch eine leichte Leukozytose, besonders die Lymphozyten erscheinen vermehrt, und der großen Zahl der roten Blutkörperchen steht ein geringer Hämoglobingehalt gegenüber.

Eine zweite Form ist die falsche Purpura (Les faux purpura hémorrhagiques), bei welcher die Begleiterscheinungen geringfügiger Natur sind und welche sich durch die Neigung zu Hämorrhagien auszeichnen. Hieher gehören vor allem die mit Gelenksaffektionen einhergehenden Purpuraformen. Der Blutbefund bei dieser Form ist weniger charakterisiert. Der Austritt des Serums aus dem Blutkuchen erfolgt meist normal, die meist neutrophilen Myelozyten stellen eine Uebergangsform zu den Leukozyten dar, die Hämatoblasten sind normal, die Leukozytose ist noch geringer als bei der echten Purpura, es besteht keine Anämie. Die banalen Purpuraeruptionen unterscheiden sich von den vorigen durch ihren ephemeren Verlauf und das Fehlen der Blutveränderungen.

Der Vf. kommt zu dem Schlusse, daß echte Purpura nur dann vorliegt, wenn das Blut den für Läsionen des Rückenmarkes charakteristischen Befund darbietet. Doch genügt eine Abschwächung der myelozytären Reaktion an und für sich nicht, sie muß, wenn auch nur von einer geringen Reaktion der Normoplasten begleitet sein. — (Ann. de Derm. et de Syph., pag. 1096, 1902.) N.

Neue Arzneimittel und Rezeptformeln.

Trigeminum. Overlach, eine Verbindung von Pyramidon mit Butylchloralhydrat Spezefikum, sowohl bei den eigentlichen Neuralgien, als auch bei andersartigen Schmerzen im Bereiche des Trigeminus, wie Migräne, Zahnschmerzen etc. Trigemin ist ein weißes, schwach hygroskopisches, fast geschmackloses, kristallinisches Pulver, schwer löslich in Aeter und Petroleumäter, leicht löslich in Alkohol und Benzol. Es ist frei von Nebenwirkungen und in den gebräuchlichen Dosen auch ungiftig. Indiziert erscheint es, wie schon bemerkt, bei Kopfschmerzen aus den verschiedensten Ursachen, sowie als mildes Antipyretikum; es wird in Dosen von 0·5—1·2 g in Wachspapier gegeben. In den meisten Fällen genügt die mittlere Dosis von 0·6 bis 0·75 g je nach Bedarf einmal bis

Digitized by Google

dreimal pro die mit Wasser. — (Pharm. Post, Nr. 42, 1903.)

Vanadiumpräparate nach Dr. Rohden. Citrozon. Eine mit 30% Pulvis aërophorus versetzte Mischung von Vanadiumpentoxyd (acid. vanadinicum), Clornatrium und Natriumzitrat 100 g der Mischung enthalten 0·005 Vanadinsäure. — Nervol. Eine Mischung aus Citrozon und 10% Lithiumbromid. — Urolysin. Eine Mischung von Citrozon mit 10% Chinasäure. Citrozon soll den Stoffwechsel erhöhen, Nervol soll als Nervinum und Urolysin als Gichtmittel Anwendung finden.

Jatrevin. Ein Kondensationsprodukt von Menthakampfer und Isobutylphenol, als helle klare, in Alkohol leicht, in Wasser und Aether schwer lösliche Flüssigkeit, von pfefferminzartigem Geruche. Anwendung findet es als Inhalationsantiseptikum bei akuten und chronischen Katarrhen der oberen Luftwege und Tuberkulose. Zur Inhalation gelangen 1½—5%ige Lösungen. — (Pharm. Post.)

Bei chronischem Rheumatismus:

Rp. Liq. arsen. Pearson 2·0
Natr. bicarbon. 10·0
Natr. hydrojod. 5·0
Decoct sarsaparill. fort ad 200·0

D. S. Dreimal täglich nach den Mahlzeiten ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Bei Neurasthenia sexualis:

Rp. Extr. damian. fluid.
Extr. muir. puam. fluid. } āā 10·0
Tinct. nuc. vomic.
Extr. cacti grandiflor. fluid. 15·0
Tinct. chin. compos. 40·0
Glycerini ad 120·0

D. S. Vor jeder Mahlzeit ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Bei Cardialgien:

1. Rp. Tinct. valerian. aether 15·0
Ol. carvi 5·0

D. S. Dreißig Tropfen in Kamillentee zu nehmen.

2. Rp. Bism. subnitr. 4·0
Acid. carbol. liquef. 0·5
Aq. destill. 120·0

D. S. Halbstündlich einen Kaffeelöffel voll zu nehmen.

3. Rp. Extr. fol. belladonn. 0·2
Cocain. hydrochlor. 0·1
Aq. laurocerasi 10·0

D. S. Stündlich zehn Tropfen zu nehmen.

4. Rp. Bismuth. subgallic.
Magnes ammon. phosphor. } āā 0·75
Mentholi 0·02
Extr. fol. belladonn. 0·005

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X.
S. Halbstündlich ein Pulver zu nehmen.

5. Rp. Chloral. butylhydr. 5·0
Glycerini
Spirit. vini } āā 20·0
Aq. a. romat. ad 100·0

D. S. Stündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

6. Rp. Decoct. rad. colombo 5·0 : 120·0
Tinct. laud. croc. 1·0
Syr. cort aur. 30·0

D. S. Halbstündlich ein bis zwei Kaffeelöffel voll zu nehmen.

7. Rp. Codein mur.
Cocain mur. } āā 0·05
Aq. calcis. ad 150·0

D. S. Halbstündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Bei starkem Hustenreiz als Bechicum:

Rp. Tinct. aconiti 2·0
Aq. laurocerasi 20·0
Syr. diacodii 100·0

D. S. Abends ein bis zwei Eßlöffel voll zu nehmen.

Bücher-Anzeigen.

Handbuch der Hautkrankheiten. Herausgegeben von Prof. Dr. F. Mračeck. Wien 1903. Verlag Alfred Hölder.

In fortlaufender Registrierung der monographischen Abhandlungen, welche den Inhalt des Mračeck'schen Handbuches bestreiten, sind wir beim dritten Bande des stattlichen Werkes angelangt. Eine würdige Einleitung erfährt dieser mit einer sorgfältigen und übersichtlich durchgeführten Detailschilderung der

Digitized by Google

Hyperkeratosen aus der Feder Janovskys in Prag. Unter dem Begriffe der Keratosen werden hier zunächst die interessanten kongenitalen Formen subsumiert, die in der älteren Literatur unter der Bezeichnung der Cutis testacea (Behrend) singular epidermidis deformitas etc. figurierten. Die hier reproduzierten guten Abbildungen klinischer und anatomischer Befunde sind meist den Arbeiten Neumanns entlehnt. Im Anschluß findet die Ichthyosis eine allen Varianten entsprechende getreue Darstellung bei gewissenhaftester Berücksichtigung der einschlägigen Forschungsergebnisse.

Das interessante Gebiet der follikulären Keratosen wird in kasuistischer Ausführlichkeit an der Hand der einschlägigen Literatur abgehandelt, wobei die als Psorospermosis geläufige Form entsprechend ihrer histopathologischen Eigenart die gebührende Hervorhebung erfährt. Bezüglich der Aetiologie dieses Prozesses scheint sich Janovsky der heute allgemein geteilten Ansicht zuzuwenden, daß die viel umstrittenen „grains", resp. „corps ronds" nicht, wie die ursprüngliche Annahme lautete, Parasiten darstellen, sondern als eigenartige Umwandlungsprodukte der Epithelzellen zu deuten seien. Eine Annahme, der in neuester Zeit auch Darier, der Hauptverfechter der Kokzidien-Natur der Zelleinschlüsse beizupflichten beginnt. In gleicher minutiöser Gliederung entwickelt Vf. das polymorphe Krankheitsbild der Acanthosis nigricans, wobei die anschauliche Beschreibung in durchwegs gut gelungenen, plastisch wirkenden Abbildungen die beste Unterstützung erfährt. Einen Einwand möchten wir uns nur betreffs der Placierung dieses Prozesses in der Gruppe der Hyperkeratosen erlauben, indem die Hyperplasie der Hornschicht hier eine nur ganz untergeordnete Rolle spielt, im Gegensatz zu dem Papillarkörper, dessen mächtige Wucherung eben die charakteristische Veränderung des Prozesses ausmacht. Dies wird in der gut gewählten Bezeichnung der Franzosen, welche die Dermatose als „Dystrophie papillaire et pigmentaire" benennen, von vornherein deutlichst zum Ausdruck gebracht. Den Schluß dieses Abschnittes bildet die Beschreibung der Cornua cutanea, Clavi und des hereditären Palmar- und Plantarkeratoms.

Dr. F. Luithlens Studien über die Zellgewebsverhärtungen der Neugeborenen haben ihm nicht nur die Beschreibung des Sclerema neonatorum gesichert, sondern auch die schwere Aufgabe der Schilderung des komplizierten Bildes der Sklerodermie sowie der Elephantiasis eingetragen. Der Fleiß, mit welchem L. trotz der übergroßen Belastung sein Pensum absolviert, findet in dem Hinweise Veranschaulichung, daß sich die Zahl der Literaturangaben über Sklerodermie allein auf mehr als 800 (!) belaufen, wovon nur ein geringer Bruchteil aus Zusammenstellungen älterer Monographien resultiert. N.

Praktikum der Harnanalyse. Kurze Anleitung zur Untersuchung des Harnes nebst den bei der Harnanalyse angewandten chemisch-physikalischen Methoden. Von Mag. Eman. Senft, k. u. k. Militär-Medikamenten-Offizial. Mit 45 Abbildungen im Text und zwei Tafeln. 145 Seiten. Wien 1903. Verlag von Josef Šafář. Preis K 4·80.

Das Büchlein ist aus der bekannten Schule Kratschmers hervorgegangen und soll ein Mittelding zwischen den in Abundanz vorhandenen Lehrbüchern der qualitativen und quantitativen Harnanalyse einerseits und den ebenfalls zahlreichen kurzen Leitfaden der Harnuntersuchung anderseits sein. Es soll dem Praktiker die Möglichkeit geben, Methoden kennen zu lernen, welche eine rasche und zuverlässige Orientierung über die normalen und pathologischen Bestandteile des Harnes vermitteln. Es werden daher in prägnanter Kürze die chemisch-physikalischen Methoden, die nötigen Apparate, endlich die anorganischen und organischen Bestandteile des Harnes angeführt und die gebräuchlichsten Methoden zu deren Nachweis gebracht. In dieser Richtung ist das Büchlein ein guter Helfer für Apotheker und Chemiker. Aber auch der Arzt wird es mit Nutzen verwenden, wenn er über die entsprechenden Vorkenntnisse in der Chemie und Physik verfügt, um sich durch die wenigen, jeder Methode vorausgeschickten Worte zurecht finden zu können. Die beigegebenen Tafeln und Abbildungen, wie die Ausstattung des Werkchens sind tadellos. Rich. Grünfeld.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Ueber Pfeifensteine.

Von Prof. Dr. **Josef Englisch** in Wien.

Sie bilden das Mittelding zwischen den eingelagerten Steinen der Blase und des prostatischen Teiles der Harnröhre. Sie entwickeln sich einerseits in der Weise, daß ein Blasenstein mit seinem einen Ende in die innere Harnröhrenmündung reicht und sich bei weiteren Auflagerungen nach der Harnröhre hin entwickelt (Calculus vesico-prostaticus) oder umgekehrt von einem in dem prostatischen Teile eingelagerten Stein nach der Blase hin (Calculus prostato-vesicalis). Diese Steine haben die Eigentümlichkeit, daß sie an dem dem Schließmuskel der Blase entsprechenden Teile immer dünner, eingeschnürt, sind. Seltener entstehen sie durch Aneinanderreihung mehrerer kleinerer, deren oberste in die Blase ragen (Calcul. agglomeratus prostatico-vesicalis).

Die Zahl der Fälle ist nicht sehr groß und war es nur möglich, 68 Fälle*) aus der Literatur zusammenzustellen. Die Steine gehören eigentlich zu den eingelagerten.

Dem Geschlechte nach überwiegen die Männer in sehr großer Zahl, denn auf 65 Männer kamen nur 3 Weiber. Es erklärt sich dies wohl einfach aus der größeren Weite, der gleichmäßigen Lichtung und dem geraden Verlaufe der weiblichen Harnröhre. Zumeist dürften es Blasensteine sein, welche in die Harnröhre hineinragten.

Eine Besonderheit ist es, wie häufig Pfeifensteine im frühesten Alter vorkommen.

Von 44 Fällen, in welchen das Alter genau angegeben ist, fanden sich bis

5.	Lebensjahre	2
6.—10.	„	8
11.—15.	„	4
16.—20.	„	8
21.—25.	„	3
26.—30.	„	5
31.—35.	„	2
36.—40.	„	1
41.—45.	„	3
46.—50.	„	1
51.—55.	„	2
56.—60.	„	3
71.—75.	„	1
86.	„	1
		44

Wir sehen daraus, daß die Pfeifensteine am häufigsten im Alter bis zum 20. Lebensjahre vorkommen und scheint das 6.—10. und 16.—20. Lebensjahr am meisten bevorzugt, während die Verteilung in den späteren Jahren eine mehr gleichmäßige ist. Eine Stütze für diese Annahme ergibt sich aus dem Auftreten der ersten Erscheinungen. So berichten: Teevan [1]), ein 7jähr. Kranker habe seit dem 4. Lebensjahre an Harnbeschwerden gelitten; Duncan [2]), ein 17jähr. Weib seit langem; Kreps, 18jähr. Mann seit frühester Kindheit; Dupuytren [3]), 10jähr. Kranker seit frühester Kindheit; Freyer [4]), 26jähr. Kranker, bei welchem vor 10 Jahren Steinchen abgegangen waren; Drouineau [5]), 22jähr., seit Kindheit nach Fall auf das Mittelfleisch, Dysurie (könnte wohl von der Verletzung der Harnröhre herrühren); Johnson [6]), 3jähr. Kind mit Beschwerden seit 9 Monaten; Chopart [7]), 5jähr. Knabe mit Harnbeschwerden seit der Geburt; Keith-Monsarrat [8]), 8jähr. Knabe, mit 5 Jahren an Stein behandelt und seit 2 Jahren neuerlich Beschwerden; Fleury [9]), 26-

*) Fälle von Alexander, Journ. cutan. and genito-urin. dis. 1891, p. 210, und von Albarran nicht zugänglich gewesen.

Digitized by Google

jähr., seit Kindheit Inkontinenz, seit 6 Jahren Schmerzen im Mittelfleische und Abgang von kalkigen Massen; Wilson, 6jähr. Knabe, seit 5 Monaten Beschwerden mit Inkontinenz; Fouligoux [10]), bei einem 30jähr. Manne war der Stein seit dem 5. Lebensjahre konstatiert; Hill, 6jähr. Knabe, Beschwerden seit 5 Jahren; Malagodi [11]), 25jähr. Mann, seit Kindheit, Vigneron, 19jähr. Mann, seit Kindheit Schmerzen bei jeder Bewegung.

Was das Auftreten der Erscheinungen in späteren Jahren anlangt, so ist die Dauer im ganzen viel kürzer und schwankt zwischen mehreren Wochen und 5 Jahren.

Eine Disposition für das Liegenbleiben der Steine im prostatischen Teile der Harnröhre gibt wohl die Weite dieses Teiles; insbesondere die schon bei Neugeborenen vorkommende Vertiefung hinter dem Samenhügel, wo dann die Harnröhre an dieser Stelle einen nach vorne offenen Winkel bildet (Englisch). Diese Ausbuchtung ist daher nicht die Folge der Hypertrophie, wie allgemein angenommen wird. Diese Ursache gilt auch im allgemeinen für die Steine im prostatischen Teile.

Eine wesentliche Disposition für die Steinbildung läßt sich wie für die übrigen Harnröhrensteine in vorausgegangenen Verletzungen oder Verwundungen bei Operation angeben, wodurch in den Teilen Verengerungen entstehen: Stoß gegen das Mittelfleisch, Legueu [12]); Fall dahin, Drouineau; Harnröhrenverengerungen, Heresco-Guyon; mit Harninfiltration und Fistelbildung, Patridge.

Die Form der Steine hängt von der Entwicklung ab. Entsteht der Stein von der Blase aus, so liegt der Kern und das dickere Ende in der Blase (Johnson, Dupuytren, Kuhn [13]); lagert sich ein Stein in der prostatischen Harnröhre und entwickelt sich weiter gegen die Blase, so liegt das größere Segment am Einlagerungsort (Wormald, Erichsen, Souligoux, Morgan, Waghorn [14]). Dabei kann es geschehen, daß der jenseits der eingeschnürten Stelle liegende Teil in beiden Fällen abbricht und entweder durch eine weiche Bindemasse mit dem unteren Teile zusammenhängt oder durch Abschleifen der Flächen eine Art Gelenk entsteht. Zu den schwersten Formen der Pfeifensteine gehört jene, in welchen der Blasenteil gegen den prostatischen rechtwinkelig abgebogen ist (Waghorn, Steiger [15]). Erfolgt die Steinbildung durch Einlagerung vieler kleiner Steinchen, so sind sie ebenfalls entweder durch eine gleichmäßige phosphatische Auflagerung fest miteinander verbunden, selten eine zusammenhängende Masse, aus welcher die einzelnen Teile als Höcker hervorragen, oder sie sind gegenseitig abgeschliffen. Größere Steine sind selten rundlich (Legueu, drei faustgroße Steine; A. Couper, fingerförmig; Delore [16]), spiralförmig, infolge von Verschiebung des Steines durch den Harnröhrenmuskel) oder bilden, ob ein oder mehrere Steine vorhanden sind, eine längliche, runde, nach vorne konkave, nach hinten konvexe Masse (Säbelsteine, Chopart, Sarazin [17]) 1 Stein, Gosselin 3 Steine, Wheeler-Bennet).

Eine gewiß seltene Form eines Steines findet sich bei Blandin [18]), in welchem Falle der Stein nach hinten konkav, nach vorne konvex war; mit dem einen Ende im Blasenhalse, mit dem anderen in einer Höhle hinter der Vorsteherdrüse lag (im erweiterten Sinus pocularis). Bei den säbelförmigen Steinen sei noch erwähnt, daß die vordere konkave Fläche immer flach, die hintere konvexe rundlich ist, entsprechend der Form des Harnröhrenkanals.

Eine besondere Form eines Steines beschreibt C. Schäfer (Lithologie historico medica, Kap. 3, p. 249). Ein faustgroßer Blasenstein sendete einen Fortsatz in den Blasenhals und je einen in jeden Harnleiter. In einem zweiten ähnlichen Falle findet sich angegeben, daß die Fortsätze in die Harnleiter von einem Kanal durchbohrt waren.

Die Zahl der Steine ist sehr verschieden. Einfache Steine sind seltener (Dunkan, Woskreszensky [19]), Dupuytren, Souligoux, Kreps [20]), Blandin, Steiger, Huguier [21]), Chopart hornförmig, Morgan, Keith-Monsarrat, Pousson [22]), Wheeler-Bennet, He-

Digitized by Google

resco-Guyon, Anger, Drouineau, Johnson, Kuhn, Wilson). Zwei Steine beobachteten: Levingston, Carlier[23]), einen Stein frei in der Vorsteherdrüse, der zweite größere mit dem ersten gegliedert teils in der Vorsteherdrüse, teils im Blasenhals, jeder orangengroß; Le Dentu, gegliedert; drei Steine: Bromfield[24]), Legueu. Dazu kommen nach Steinoperation: Desault fand einen Stein vorne in der Harnröhre und einen zweiten, der in der Vorsteherdrüse und Blase lag; Freyer einen Pfeifenstein und drei facettierte in der Blase; Dupuytren zwei Steine angeordnet als Pfeifenstein (Oxalat), fünf kleine in der Blase und zahlreiche Steinchen in den Lücken der Vorsteherdrüse; Chopart daneben mehrere kleine Steine in der Blase; Sympson[25]) drei harnsaure Steine in der Blase, zwei in der Vorsteherdrüse.

Die Größe der Steine ist eine sehr verschiedene, meist eine bedeutende. Wilson, ein kugeliger Stein von 3 cm Dicke; Kuhn, ein Stein von 19 cm Umfang; Weehler-Bennet, ein Stein mit 11½″ Umfang bei einem Gewichte von 3 Unzen, 2 Drachmen; Sarazin, ein Stein 5 cm lang, 6·9 cm Umfang; Nikolich[26]), 4 cm lang; Malagodi, 1″ dick, Hals 8 cm lang, Blasenteil 3·2 cm lang und 2 cm dick, Harnröhrenteil 2·5 cm lang und 8 cm dick; Souligoux, 7 cm lang, und zwar Blasenteil 4 cm, Harnröhrenteil 3 cm; Chopart, ein Stein 3″ lang, 1½″ breit; Drouineau, 1 Stein 6 cm lang; Woskreszensky, 3⅝″ lang, 1¾″ dick; Dupuytren, 1·8 cm lang, 5 mm dick; Duncan, 3¼″ lang, 4″ breit, 1¼″ dick; Steiger, 3½″ lang, 1″ dick; Huguier, 5 cm lang, 4 cm breit, 1 cm dick; Kreps, prostatischer Teil 1 cm lang, Blasenteil 7 cm lang; Delore, 1 cm lang, 8—14 cm Durchmesser.

Es geht daraus hervor, welche Ausdehnung die Harnröhre und auch der Blasenhals erleiden kann. Zu den seltensten Formen gehört der Konglomeratstein von Groß[27]). Derselbe bestand aus drei größeren Abschnitten. Der im häutigen Teile der Harnröhre war länglich, der prostatische Teil bestand aus einem länglichen und zwei nach vorne aufgelagerten rundlichen und der Blasenteil, der größte, aus zwei seitlich aneinander gefügten Teilen. Nicht minder interessant ist der Fall von Sympson. Hier lagen drei Steine, flach, abgeschliffen, die Fläche noch gekrümmt, so daß der größte der hinteren, der kleinste der vorderen Harnröhrenwand entsprach.

Von Gewichtsangaben liegen nur wenige vor. Duncan 76·00 g, Kreps 22·00 g, Souligoux 50·00 g, Delore 310 g, Hill 200 g, Malagodi 100 g, Vigneron 41 g, Sympson, von den nebeneinander gelagerten Teilen der rechte 108, der linke 106 g schwer.

Die Zusammensetzung findet sich ebenfalls selten angegeben, da die meisten Beobachter vor allem die Form interessierte.

Phosphatsteine: Patridge, Heresco, Souligoux.

Oxulate: Dupuytren.

Harnsäure: Kreps, mit Beimengung von harnsaurem Ammoniak; Duncan, mit Auflagerung von Oxalsäure; Demoulin-Durand, brauner Kern mit grauen konzentrischen Auflagerungen.

Harnsäure mit oxalsaurem Kalk: Sarazin.

Die Urate und Oxalate fanden sich meist mit einer dünnen Phosphatschichte überzogen.

Die Erscheinungen bestehen zunächst in Harnbeschwerden, welche verschieden lange Zeit der ersten Untersuchung vorausgehen. Dieselbe schwankt zwischen mehreren Monaten bis 56 Jahren (2, 3, 5, 10 Jahren). Auffallend ist das Auftreten in früher Kindheit. So führt Chopart an, daß ein Kranker seit der Geburt an Harnbeschwerden gelitten habe; seit Kindheit Fleury, Kreps; bei Souligoux war der Stein mit dem fünften Lebensjahre bereits konstatiert worden, während heftige Beschwerden erst 23 Jahre später auftraten. Ebenso auffallend ist die häufige Beobachtung von rasch auftretender Inkontinenz, so daß diese die vorstechendste Erscheinung bildet (Dupuytren, Kreps intermittierend. Duncan ebenso, Sympson, Nikolich, Malagodi seit Gedenken; Bromfield, Levingston, Gosselin, Wilson). Ja

Digitized by Google

es kann sogar geschehen, daß die Inkontinenz allen anderen Beschwerden viele Jahre vorausgeht, wie Fleury bei einem 26jährigen Kranken beobachtete, der seit dem fünften Lebensjahre an Inkontinenz litt, seit sechs Jahren aber erst über weitere Erscheinungen klagte; Delore, Inkontinenz seit Kindheit, seit drei Monaten heftiger Harndrang, Mann, 60jähr. Daß es in diesen Fällen rasch zur Inkontinenz kommt, erklärt sich in folgender Weise: Wenn der Stein in den Blasenhals gelangt, so wird er zwar anfangs erschwertes Harnlassen verursachen, bald aber wird der Schließmuskel insuffizient, der Blasenhals erweitert und kann der Harn ungehindert abfließen; und das umso leichter, wenn durch den Pfeifenstein der häutige Teil ebenfalls erweitert wird, was nicht selten vorkommt. Ein anderer Grund liegt darin, daß sich an der Vorderfläche des Steines eine Rinne bildet, was aber infolge des mangelhaften Schlusses der Blase und damit ein selteneres gewaltsames Anpressen des Harnes an den Stein seltener vorkommt als bei Steinen, welche nur in der Harnröhre gelagert sind. Die später auftretende Inkontinenz hat ihren Grund in der teilweisen Zerstörung der Umrandung des Blasenhalses.

Als Vorläufer finden sich angegeben: Nierenkoliken, Desault, zwei Jahre vor dem Auftreten der Harnbeschwerden und der lokalen Erscheinungen; Freyer, Abgang von Steinen 14 Jahre vorher; Abgang von kreidigen Massen, Fleury. Seltener treten die lokalen Erscheinungen zuerst auf, denen dann die Harnbeschwerden folgen: Dupuytren, Schmerz im Mittelfleische. Ist Blennorrhöe, Striktur oder eine Operation an der Harnröhre vorausgegangen, so erklärt es sich leicht, daß die Erkenntnis der Steine spät erfolgt und die Zeit dessen Bildung zu bestimmen nicht möglich ist (Patridge, Anger [28]), Pousson, hoher Blasenschnitt). Akute Harnverhaltung findet sich aus den Gründen der Inkontinenz selten beobachtet (Chopart, Demoulin-Durand, Morgan leicht). Nitze [29]) beobachtete als einzige Erscheinung Brennen beim Harnlassen. Sitzt der Stein längere Zeit, so kann er durch Reizung der Umgebung zur Vereiterung derselben, zur Abszeßbildung, zur Fistelbildung Veranlassung geben, wie es vorzüglich bei vorausgegangener Blennorrhöe (Heresco-Guyon) oder Verengerungen (Patridge) der Fall war. Selten erfolgt dies ohne die angegebenen Nebenursachen (Chopart).

Von den Begleiterscheinungen wären noch die Cystitis und die Urethritis hervorzuheben. Erstere ist oft schon vor dem Auftreten der Steinerscheinungen vorhanden, steigert sich aber immer durch das Hineinragen in die Blase. Letztere ist anfangs geringe, steigert sich mit Reizung der Wand. Starke Eiterung aus der Harnröhre spricht für Höhlenbildung und dies umsomehr, je intermittierender die Eitermenge ist, da sich der Eiter in der Tasche ansammeln und durch den Stein zurückgehalten werden kann, bis die Absperrung, meist durch eine Erschütterung des Körpers, aufgehoben wird. Auch Blutungen aus der Harnröhre wurden beobachtet und können selbe bei Zerstörung der Wand der Harnröhre heftig werden. Meist ist die Blutbeimengung eine geringe und beruht auf Ritzen der Wand durch spitzige Steine. In den höheren Graden kommt es zur Hypertrophie der Blasenmuskeln, Erweiterung der Harnleiter, des Nierenbeckens und zur Zerstörung der Niere.

Der Schmerz beginnt außer dem Harnlassen meist dumpf im Mittelfleische, steigert sich allmählich mit Ausbreitung nach dem Gliede, meist nach der Eichel und auch nach oben. Eine plötzliche Steigerung des Schmerzes erfolgt bei Erschütterungen des Körpers, beim Stuhlabsetzen, bei Stoß gegen das Mittelfleisch.

Die lokalen Erscheinungen beginnen meist mit dem dumpfen Schmerze im Mittelfleisch. Nicht selten fühlt sich diese Gegend hart an, insbesondere wenn der Stein in den häutigen Teil der Harnröhre reicht. Diese Härte wird auch bei der Mastdarmuntersuchung, am besten bei bimanueller Untersuchung wahrgenommen, erstreckt sich nach oben über den Sulcus prostaticus bis über den oberen Rand der Vorsteherdrüse, welch

Digitized by Google

letztere Stelle durch einen Gegendruck von der Unterbauchgegend dem Gefühle deutlicher gemacht werden kann. Sind mehrere gegliederte Steine vorhanden, so kann man ein deutliches Reiben wahrnehmen; bei agglomerierten Steinen erscheint die Härte uneben höckerig. Die Mastdarmuntersuchung steigert den lokalen Schmerz und tritt nicht selten darnach eine Eitermenge aus der Harnröhre. Hat der Stein zur Zerstörung der Seitenlappen der Vorsteherdrüse geführt, so breitet sich die Härte auch seitlich aus und fühlt sich die Vorsteherdrüse vergrößert und auffallend hart an. Ist der Stein in einer Tasche hinter der Vorsteherdrüse eingebettet, so erscheint diese als ein Anhang der Vorsteherdrüse nach hinten.

Störungen der Stuhlentleerung können durch die Größe des Steines und durch reflektorische Zusammenziehung des Schließmuskels bedingt sein.

Fieber hängt zumeist von den Erkrankungen der höher gelegenen Harnorgane, von entzündlichen Vorgängen in der Umgebung, von Harnfiltration ab.

Bei Kindern bildet sich infolge Drängens ein Mastdarmvorfall.

Die untersuchende Sonde wird im hinteren Teile der Harnröhre aufgehalten, dringt nicht weiter vor; wohl aber gelingt es, mit einer weichen, geköpften Bougie unter stetem Reiben in die Blase einzudringen. Ist die Sonde bis an den Stein gelangt, so fühlt man deutlich das Reiben. Gelingt es, mit einer Bougie oder Metallsonde in die Blase zu dringen, so dauert das Reiben lange Zeit, bis beide mit der Spitze frei in der Blase liegen. Mit dem Finger im Mastdarm gelingt es, die Stelle zu ermitteln, bis wohin die Sonde gedrungen ist. Nimmt man ein Hohlinstrument und dauert das Reiben an, während der Harn auszufließen beginnt, so liegt die Vermutung nahe, daß der Stein bis in den Blasenhals reicht, dies umsomehr, wenn das Reiben an der Spitze des Katheters zu fühlen ist. Die kombinierte Untersuchung vom Mastdarm aus wird die Diagnose erleichtern, wenn die Vorsteherdrüse nicht zu groß ist. Eine Täuschung kann sich ergeben, da mit Beginn des Abfließens des Harnes ein unterhalb der inneren Harnröhrenöffnung gelegener Stein auch ein ausgebreitetes Reiben geben kann. Eine strikte Diagnose zu stellen wird schwer möglich sein. Und doch wäre dies notwendig, wenn die richtige Wahl der Operation getroffen werden soll. Aus dem gleichen Grunde sollte bei Pfeifensteinen die Größe der beiden Stücke, des prostatischen und des Blasenstückes, ermöglicht werden, wofür sich aber keine sicheren Anhaltspunkte ergeben. Ist der prostatische Teil der größere, so wird die Härte, wenn deutlich fühlbar, in der Gegend der Vorsteherdrüse auffallend breiter als der über dem oberen Rand der Vorsteherdrüse gelegene sein. Umgekehrt wird man die eigentliche Härte über dieser Stelle wahrnehmen können.

Die Diagnose wird umso schwieriger, je weniger man in die Blase dringen kann (Chopart, Velpeau[80]), Molagodi, Bromfield). Nur ausnahmsweise gelingt es in diesen Fällen, mit einem ganz dünnen Instrumente vorbei in die Blase zu kommen (Waghorn).

Die Vorhersage richtet sich zumeist nach der Größe der Veränderungen der höher gelegenen Teile.

Jene Fälle, welche keiner Operation unterzogen wurden, endeten alle (7) tödlich: Pericytis, Urämie, Hydronephrose, Pyonephrose, Nierenabszeß 2, Scarlatina. Es geht daraus hervor, daß man möglichst operieren, und zwar frühzeitig operieren soll.

Von den angegebenen Operationen lassen sich 37 verwerten.

	Heilung	Tod	Summe
Sectio mediana	8		8
Sectio mediana mit folgender Sectio lateralis		1	1
Sectio lateralis	5	Pyämie 2	7
Sectio bilateralis	2	Marasmus 1	3
Fürtrag . . .	15	4	19

Digitized by Google

	Heilung	Tod	Summe
Fürtrag . .	15	4	19
Sectio praerectalis . . .	2		2
Sectio perinealis	4		4
Sectio perinealis mit Zurückstoßen des Steines	1		1
Sectio perinealis mit Incisio colli vesic. . . .	1		1
Sectio perinealis subsequente S. alta	1		1
Sectio alta	4		4
Sectio alta subs. S. rectalis	1		1
Zurückstoßen und Lithotripsie	1		1
Dilatation mit spontanem Abgang	2		2
Dilatatio Urethrotomia ext.		Urämie 1	1
Summe . . .	32	5	37

Aus dem Voranstehenden geht hervor, daß die Prognose der operierten Fälle eine günstige ist: 32 Heilungen, 5 Todesfälle. Von diesen fünf Fällen kommen vier auf die hochgradigen Veränderungen der höheren Organe und nur ein Fall könnte auf Rechnung der Operation fallen.

Was die Operationsmethoden anlangt, so weichen sie in nichts von den gewöhnlichen Regeln ab. Besonderheiten der Operation ergaben sich nur aus der Fixirung des Steines im Blasenhalse. Um dieses Hindernis zu überwinden, versuchte man zunächst, den Blasenhals mittels des Fingers zu dehnen und über das vesikale Stück zu schieben (Guyon), oder den Blasenhals einzuschneiden (Carlier, Pousson, beim hohen Blasenschnitte). Man war auch beim Perinealschnitt genötigt, die Harnröhrenwunde zu erweitern, um den Stein ausziehen zu können (Kuhn, Fleury, Sarazin, Levington). In anderen Fällen genügte dieses trotz Perinealschnitt nicht und sah sich der Operateur genötigt, andere Schnitte hinzuzufügen: Freyer machte den Lateralschnitt; Legueu fügte dem Schnitt in der Raphe den prärektalen Schnitt hinzu; Souligoux mußte, da nach dem Perinealschnitte der Stein nicht zu entfernen war, den hohen Blasenschnitt machen; Blandin konnte nach dem hohen Blasenschnitte die Operation erst vollenden, nachdem vom Mastdarme her die Vorsteherdrüse gespalten worden war. Um nicht genötigt zu sein, eine zweite Wunde zu setzen, versuchte man, den Stein in die Blase zu drängen: Bromfield nach der Sectio perinealis; Amussat[31]) ließ beim hohen Blasenschnitte den Stein durch einen Katheter von der Harnröhre her in die Blase stoßen. Bei Waghorn erfolgte ein zufälliges Hineinschlüpfen des Steines in die Blase bei einem Lateralschnitt.

Die unblutigen Operationen bestanden im Zurückstoßen des Steines in die Blase mit folgender Zertrümmerung (Hill). Die Erweiterung der Harnröhre hatte in einem Falle den spontanen Abgang zur Folge, nachdem ein Verweilkatheter mehrere Tage gelegen war (Demoulin[32]); Lawson konnte den Stein nach der Erweiterung mit der Zange herausziehen. In anderen Fällen war die Erweiterung erfolglos und mußte Duncan zur Sectio lateralis greifen; Rhodius-Barthelotto[33]) zum Medianschnitt.

Auch die Lithotripsie in der Harnröhre wurde versucht (Pousson), genügte aber nicht und mußte der hohe Blasenschnitt und überdies noch die blutige Erweiterung des Blasenhalses gemacht werden.

Zu den unangenehmen Zufällen während der Operation gehört das Zerbrechen des Steines, welches teils am Halse des Steines (Voillemier), teils beim Ausziehen mit der Zange in mehreren Stücken erfolgt (Duncan, Erichsen, Le Dentu, Waghorn). Blutungen beobachtete Souligoux (sehr heftig), Sympson am zweiten Tage. Der schwerste Zufall ereignete sich in Bromfields Fall, wo beim Fassen des Steines die Blase zerrissen wurde und die Gedärme vorfielen (Tod). Dupuytren konnte nach dem

Digitized by Google

Seitensteinschnitte wegen großer Reizbarkeit der Blase und Harnröhre den Stein nicht entfernen. Der Kranke starb.

Auffallend erscheint es, daß so wenig Fisteln zurückblieben, gegenüber den folgenden Arten von Steinen der Harnröhre. In keinem der vorliegenden Fälle war eine Fistel verzeichnet. Von Mißerfolgen wäre zu verzeichnen: Andauer der Blasenbeschwerden nach dem Seitensteinschnitt (Sympson). Dagegen wird hervorgehoben, daß trotz der abnormen Dehnung des Sphincter vesicae oder dessen Durchtrennung vollständige Kontinenz der Blase eintrat. Vorübergehende Inkontinenz beobachtete Pousson.

Nach den Mitteilungen können die unblutigen Operationen versucht werden, versprechen aber wenig Resultat, wie sich aus der Lage des Steines und der Erscheinung entsprechend dem Blasenhalse ergibt. Wo immer ein Hindernis des Ausziehens besteht, wird es mit dem Abreißen des Blasenteiles des Steines oder mit Einreißen des Blasenhalses bei gewaltsamem Ziehen und größerer Festigkeit des Steines endigen.

Bei den blutigen Operationen hängt die Wahl von dem gegenseitigen Verhältnisse der beiden Teile des Steines ab. Ist der Blasenteil größer, so empfiehlt sich der hohe Blasenschnitt. im entgegengesetzten Falle der Perinealschnitt. Man muß daher immer bemüht sein, die Diagnose sicherzustellen. In Anbetracht der oben angegebenen sekundären Operationen erscheint der Perinealschnitt vorzuziehen, da man bei demselben die Trennung der Vorsteherdrüse und des Blasenhalses wie bei den anderen Steinschnitten folgen lassen kann, in welchem Falle sich auch die Ablösung des Mastdarmes nach Dupuytren empfiehlt. Die Einschnitte sollen so früh als möglich gemacht werden, bevor noch entzündliche Erscheinungen in der Umgebung des Sackes eingetreten sind. Daß der Stein durch einen Abszeß abgeht (Steiger), ist nur ein Zufall. Auf ein solches Ereignis zu warten, hieße den Kranken den größten Gefahren aussetzen, da dies erst dann erfolgen wird, nachdem es zu ausgebreiteten Entzündungen des Zellgewebes um die Harnröhre, die Vorsteherdrüse und selbst des kleinen Beckens gekommen ist.

Literatur:

Acta Lipsienia eruditorum bei Morgagni de sed. et causis morborum Vol. III. Epith. 42, 10. — Delfabbro, Calculi cirto-prostatico, Indiped. Torino 1883, V. 34, p. 313. — Souberbielle, Alteration des voies urinaires chez un calculeux, Gaz. med. de Paris. 1842, p. 207. — Souligoux, Virchows Jahresbericht 1898, II., p. 499. — Lawson Tait, Vesico-urethral calculus, Brit. med. Journ., 1879, I. p. 84. — Thaden, Archiv für klin. Chirurgie, B. 18, S. 595. — Thompson, Case of prostatic and vesical calculus, Lancet, 1850, II., S. 75, dazu:

[1]) Teevan, Lanzet, 1877, I., p. 492.

[2]) Duncan Math., Case of calculus occupy ing the bladder and urethra, Lancet, 1872, II., p. 881.

[3]) Dupuytren, Leçons orales, Bruxelles 1839, I., 4, p. 723.

[4]) Freyer, Brit. med. Journ., 1891, I., p. 1225.

[5]) Drouineau, Gaz. des Hôp., 1867, p. 561.

[6]) Johnson, Stone in the neck of de bladder, Lancet, 1861, II., p. 567.

[7]) Chopart, Traites des maladies des voies urinaires, 1791, p. 58 et 60.

[8]) Kaith-Monsarrat, Brit. medic. Journ., 1900, I., p. 446.

[9]) Fleury, Calcul vesical cystotomie praerectale, Guerison, Gaz. des Hôp., 1869, p. 397.

[10]) Souligoux, Calcul vesico-prostatique, Bull. et memoires de la société de chirurgie, 1898, p. 1101, und Revue de chirurg., 1899, I., p. 128.

[11]) Malagodi, s. Rizzoli, clinique de chirurg. trad. p. Andreini, Paris 1872, p. 419. Rizzoli erwähnt daselbst drei eigene Fälle (p. 417).

[12]) Legueu, Annal. les maladies des voies genito-urinaires, 1895, p. 769.

[13]) Kuhn, Special vesical calculus, New-York medic. Journ., 1885, p. 24.

[14]) Waghorn, A. R., Lancet, 1873, 15. Nov.

[15]) Steiger, s. Günther, blutige Operationen, l. c., p. 442.

[16]) Delore, Note sur un enorme calcul vesical d'oxalate de chaux avec perforation de la vessie., Gaz. des Hôp., 1900, p. 293 (mit schöner Abbildung).

[17]) Sarazin, Gaz. des Hôp., 1880, p. 588, und Revue med. d'Est.

[18]) Blandin, Journ. hebdomadaire de medic., I., und Vidals Chirurgie.

[19]) Woskreszensky, Lancet, 1885, II., p. 634.

Digitized by Google

[20]) Kreps, Ueber Steine der Prostata, Petersburger med. Wochenschr., 1900, p. 14, und Wratsch, 1900, Nr. 24.

[21]) Huguier, s. Voillemier, Traité des maladies de l'urethre, p. 523.

[22]) Pousson, Gaz. hebdomad., 1885, p. 506.

[23]) Carlier, Calcul en soblier, Gaz. hebdomad., 1898, p. 693.

[24]) Bromfield, Chirurgical observat. and cases, London, 1773, in Richters Bibliothek, B. 2, Stück 2, S. 147.

[25]) Sympson, Case of vesical-prostatic-calculi, Brit. med. Journ., 1878, I., p. 413.

[27]) Groß, Gaz. medic. de Straßburg, 1873, 1. Jänner, p. 101 (mit schöner Abbildung).

[28]) Anger, Bullet. e memoire et la soc. de chirurgie, 1877, p. 487.

[29]) Nitze, Berliner klin. Wochenschr., 1891.

[30]) Velpeau, Gaz. med. de Paris, 1853, p. 687.

[31]) Amussat, bei Vidal de Cassis, Traité de pathologie externe, I., 4.

[32]) Durand-Demoulin, Annal. des maladies des voies genit.-urinaires, 1899, p. 274.

[33]) Rhodius et Barthelotto, bei Bauhinius, Epistol. medicin., 1740.

Zellensteine.

Je stärker die Hypertrophie der Blasenmuskulatur ist, umso zahlreicher sind Einsenkungen der Schleimhaut (Gruben), bis die ausgestülpte Schleimhaut an der äußeren Fläche zutage tritt (Zellen). Daraus ergibt sich, daß die Zellen in der Regel mehr- und vielfach sind. Je nach der Stelle, an der sie getroffen werden, am häufigsten an der hinteren Wand, dann an der oberen und Seitenwand, am seltensten an der vorderen Blasenwand, sind auch die Eingangsöffnungen verschieden. An der hinteren Blasenwand, oberhalb des Ligamentum interuretericum, steht dieselbe quer, um nach allen Seiten hin in die rundliche überzugehen. Die Schleimhaut ist am Uebergang gefaltet, aber weniger als an den Eingangsöffnungen der Taschen, und nimmt gegen den Grund an Dicke ab, so daß dieser oft nur aus einer durchsichtigen Schichte besteht. Da sich die Zellen im Verhältnisse zu dem der Harnentleerung entgegenstehenden Hindernisse entwickeln, so wird die größte Zahl der Zellen in den schwersten Erkrankungen der Blase gefunden. Eine besondere Bemerkung verdienen die in der Einzahl vorkommenden Zellen: Forthergill, Voillemier am oberen Winkel des Trigonum; Cruveilhier seitlich vom Harnleiter, eigroß; Ripault am Scheitel der Blase. Die an diesen Stellen vorkommenden Zellen liegen in unmittelbarer Nähe der Harnleiter und sind nicht selten neben der Oeffnung einer Tasche gelagert, so daß sie gleichsam als ein Anhang dieser erscheinen. In einem Präparate der eigenen Sammlung konnte nachgewiesen werden, daß diese Ausstülpung neben dem Harnleiter, an dessen Durchtritte durch die Blasenwand lag noch um 1·5 cm über diese hinausragte, so daß Harnleiter und Zelle in demselben Muskelkanale lagen. Mehrere Zellen beobachteten: Cousin 3 Zellen ober dem Blasengrunde; Robert 3 Zellen in der Umgebung des Harnleiters bei Hypertrophie der Vorsteherdrüse und Blasenmuskulatur; Barth 3 Zellen in der Umgebung des Harnleiters, wovon 2 demselben dicht angelagert waren; La Peyronier 4 Zellen; Dupuytren 4 Zellen. je 2 neben dem Harnleiter; Pigné 4 Zellen, wovon die eine kindskopfgroß; viele Zellen werden sehr häufig erwähnt: Petit viele hinten und seitlich; Guyon in vielen Beispielen; Morgagni viele Zellen in einem Individuum, bei welchem trotz geheilter Harnröhrenverengerung die Harnbeschwerden andauerten; Soutton mehrere Zellen neben Blasenstein; Heister 14 Zellen neben 2 seitlichen und 1 am Scheitel; Frank eine große Zelle neben 19 kleinen; Green-Groß vier; Walther 7 Beutel; Cadge Zellen neben Blasenstein, selbst aber ohne Stein; Schmidt an der hinteren Blasenwand und Scheitel, davon eine ganseigroß; Chopart 2 Zellen am Scheitel neben mehreren an der hinteren Wand; Guerin 27 Zellen; Demeaux viele Zellen an der Spitze und der hinteren Wand; Civiale so viele Zellen, daß die Blase wie eine Weintraube aussah.

Neben diesen Zellen ohne Stein findet sich eine Reihe von Angaben mit solchen: Watzer 1 Zelle (?) mit 221 Steinen von 248 Gran Gewicht; Seydel 3 Zellen mit

Digitized by Google

Steinen; Green-Groß 4 Zellen am Scheitel mit Steinen; Walther 7 Zellen mit Steinen; Voillemier 1 Zelle am Scheitel und neben dem Harnleiter mit Steinen; Maisonneuve mit 300 Steinen in der Blase und in mehreren Zellen; Guyon viele Zellen, 2 seitliche davon mit Steinen; Caudmont Zellen mit Steinen. Abszeß der Blasenwand, Perforation, Peritonitis; Riolan mehrere Zellen mit kleinen Steinchen; Hesselbach 30 an verschiedenen Stellen mit Steinen; Platner 39 mit Steinen.

Eine besonders entwickelte Zelle (?) beschreibt Blumenthal aus der Klinik Baums. Es fand sich rechts ein Sack ohne Muskelfasern, welche an Größe die Blase übertraf. Untersucht man dergleichen große Zellen, so finden sich zwar auf der Höhe derselben keine Muskelfasern, wohl aber am Halse. Nach eigenen Untersuchungen liegen solche Zellen in der Nähe und nach hinten von der Durchtrittstelle des Harnleiters durch die Blasenwand und hängen, wenn gleichzeitig seitliche Divertikel vorhanden sind, mit diesen zusammen.

Was die Lage der Steine anlangt, so sind sie in der Regel in den Zellen fest eingelagert und treten nur durch besondere Umstände aus den Zellen. Ihre Form ist entweder die rundliche, abgeplattete oder unregelmäßige. Häufig zeigen sie jedoch eine birnförmige Gestalt mit dem breiteren Ende gegen den Grund der Zelle, mit dem schmäleren, spitzen gegen die Verbindungsöffnung gerichtet. Diese sind es auch, welche zumeist in die Blase ragen, während die anderen, insbesondere bei zusammengezogener Verbindungsöffnung, vollständig in der Zelle verborgen sind.

Die Zellensteine bestehen zumeist aus Phosphaten und sind ungeschichtet. Nur selten finden sich Urate, wenn Nierensteine in die Zellen geraten sind. Dieselben sind mit Phosphatschichten überzogen. Auch mit einer mörtelartigen Masse wurden die Zellen ausgefüllt gefunden.

Die bei Zellensteinen bestehenden Erscheinungen sind wohl nur zum geringsten Teile durch sie hervorgerufen, sondern gehören den begleitenden oder ursächlichen Erkrankungen der Blase und der höher gelegenen Harnorgane an. Dagegen zeigen die Zellen in der Regel in ihrem Innern höhere Grade der Erkrankung an; insbesondere in der Beschaffenheit des Sekrets, da dasselbe zumeist aus Eiter, Schleim und mörtelartigen Niederschlägen besteht. Hierin liegt die Ursache der lokalen Erscheinungen und der Ausbreitung derselben in die Umgebung. Infolge der Zersetzung des Harnes in den Zellen, zeigen diese höhere Grade der Entzündung als die Blase selbst. Vermöge der Dünnheit der Wand breitet sich die Entzündung leicht auf das umgebende perivesikale Zellgewebe aus. Die hauptsächlichste Erscheinung ist ein lokaler Schmerz, der sich bei Druck steigert, ebenso mit der Füllung der Blase und mit Entleerung derselben abnimmt. Oft ist die Ausdehnung des Schmerzes auf einen bestimmten, scharf umschriebenen Fleck von 1 bis 2 cm beschränkt. Liegt eine solche Stelle an der vorderen Blasenwand und sind die Bauchdecken dünn, so läßt sich dieser Punkt durch Abtasten genau ermitteln (eigene Beobachtung). Breitet sich die Entzündung auf die Umgebung aus, so gilt dies auch von dem Schmerz. Hat aber die Entzündung auf die Umgebung übergegriffen, so erfolgt die Ausbreitung rasch; insbesondere bei eitrigem Zerfalle. Es erscheint in den schwersten Fällen als Phlegmone des Cavum praeperitoneale Retzii, als eine über die ganze Blase ausgedehnte jauchige, fetzige Masse aus Eiter und abgestorbenen Gewebsfetzen. Desgleichen erfolgt rasch ein Uebergreifen der Entzündung auf das Bauchfell mit peritonealen Erscheinungen. Erfolgen diese Veränderungen schon ohne Einlagerung von Steinen, so besteht eine größere Gefahr bei Einlagerung. Wir sehen daher nicht selten bei Zellensteinen Durchbruch in das Bauchfell.

Die Diagnose wird hauptsächlich die Untersuchung des Blaseninnern geben. Die Blase erscheint trabekulär mit zahlreichen Vertiefungen oder bei stärker entwickelten Zellen mit den Eingangs-

Digitized by Google

öffnungen. Die gründlichste Diagnose gibt das Zystoskop. Manchmal sind wir imstande, durch Druck auf die Blase den Inhalt der Zelle gegen die Blase zu entleeren, was besonders deutlich mit dem Endoskop zu sehen ist. Abgang von trüberem Harn nach sorgfältiger Reinigung der Blase bei Druck spricht für einen Nebenraum, läßt aber nicht die Zelle diagnostizieren. Sind Steine vorhanden und ragen dieselben in die Blase, so lassen sie sich mit dem Endoskop deutlich wahrnehmen; ebenso mit dem Steinsucher. Dieser muß jedoch anliegend über die Blasenschleimhaut gleiten uud zeitweilig fester angedrückt werden. Ist die Blase mäßig gefüllt, so ragen die Steine deutlicher vor. Zieht sich jedoch die Blase fest zusammen, so wird bei leerer Blase die Eingangsöffnung durch die Trabekeln verlegt und der zurückgedrängte Stein verschwindet. Geht eine mörtelige Masse oder phosphatische Konkremente ab, findet die Untersuchung keinen Blasenstein, so läßt dieses auf Zellensteine schließen. Wie schwer die Diagnose sein kann, ergab ein eigener Fall. Bei einem Kranken mit Prostatahypertrophie mußte man nach den Erscheinungen Zellensteine annehmen, da diese Zellen endoskopisch nachgewiesen waren; es konnten aber Steine trotz der sorgsamsten Untersuchung nicht nachgewiesen werden. Bei der Leichenuntersuchung fanden sich 27 Steine in den Zellen, von denen drei schwach in die Blase vorragten.

Die Behandlung besteht zunächst in der der erkrankten Blase, um eine Ausbreitung der Entzündung auf die Zellen und deren Umgebung zu verhindern. In der Regel entsprechen die schwersten Erscheinungen der veränderten Blase und zumeist der großen Zahl der Zellen. In solchen Fällen erscheint der hohe Blasenschnitt angezeigt, teils um die Steine durch Abtasten der Blasenwand mit den Fingern, teils durch genaue Beleuchtung zu finden und auszuziehen, teils um nach Bedürfnis eine Bauch-Blasenfistel anzulegen. Durch die sorgsame Reinigung der Blase und der Zellen wird die Gefahr der perivesikalen Phlegmone vermieden. Ist es aber zum eiterigen Zerfalle daselbst gekommen, so muß ein Einschnitt durch die vordere Bauchwand bis auf die Blase gemacht werden, um den Eiter leichter abfließen zu machen. Mit der Abnahme der Schwellung der Blasenschleimhaut ist ein Vortreten der Steine in die Oeffnung der Zelle erleichtert und kann ein Ausziehen erfolgen.

Sind die Erscheinungen von Seite der Zelle und deren Umgebung weniger akut, so kann es zur chronischen Bindegewebswucherung in der Umgebung der Blase kommen. Deren Erscheinungen sind hauptsächlich die der mangelhaften Zusammenziehungsfähigkeit der Blase mit Harnstauung.

Ueber Dr. Theinhardts lösliche Kindernahrung.

Von Dr. **Eduard Kraus,** Kinderarzt, emerit. Assistent an der Allgemeinen Poliklinik in Wien.

Ueberaus groß ist noch immer, trotz aller hygienischer Bestrebungen der modernen Medizin, die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre. Die Siege, welche die medizinische Wissenschaft im Kampfe gegen die verschiedenen Krankheiten erfochten, und die großen Errungenschaften, deren sich dieselbe in den letzten Jahren zu erfreuen hat und auf welche die Vertreter der medizinischen Lehre mit Recht stolz hinweisen, sie alle zerschellen machtlos an der Klippe des beklagenswerten Hinsterbens der Kinder im ersten Lebensjahre; beinahe ein Viertel aller Sterbefälle entfällt auf diese Zeitperiode.

Die Erkrankungen der Verdauungsorgane sind es, welche in den meisten Ländern die Kinder im zartesten Lebensalter dahinraffen. Der hauptsächlichste Grund dieser traurigen Tatsache ist die an die Stelle der natürlichen Ernährung an der Frauenbrust getretene künstliche Ernährung mit Kuhmilch und den verschiedenen, von der Industrie beinahe in zu reichlichem Maße dargebotenen Surrogaten

Digitized by Google

derselben. Ein gewissenhafter Arzt wird deshalb kein Kind auf andere Art als an der Mutter- oder Ammenbrust nähren lassen, wenn dies nur halbwegs möglich ist; aber gesundheitliche und soziale Verhältnisse setzen diesem Bestreben nur allzu oft unüberwindliche Schranken und es tritt die Notwendigkeit ein, das neugeborene Kind künstlich zu nähren.

Physiologen und Chemiker haben sich namentlich in den letzten Jahren bemüht, die Gefahren der künstlichen Ernährung durch die mannigfaltigsten Vorschläge einer Modifikation der Kuhmilch als des bequemsten und auf leichteste Art zu beschaffenden Ersatzes der Frauenmilch zu vermindern. Bekanntlich wendeten sich die diesbezüglichen Bemühungen und Vorschläge nach zwei Richtungen, erstens die in der Kuhmilch enthaltenen Keime zu entfernen und dann das Kasein der Kuhmilch für den kindlichen Magen verdaulicher zu machen; kurz gesagt, die verschiedenen Modifikationen der Kuhmilch hatten den einen Zweck, die letztere der Frauenmilch möglichst ähnlich zu gestalten. Um diesem Ziele nahe zu kommen, verdünnte man die Kuhmilch mit Wasser, man kochte sie nach eigenem Verfahren (Soxhlet), man vermischte sie mit Milchzucker in bestimmtem Verhältnisse (Hoffmann, Heubner), man setzte der Milch frischen Rahm zu (Rittershain, Biedert), man regulierte den Fettgehalt derselben (Gaertner), man mengte die Milch mit Molke (Monti) u. s. f. Es ist nicht Zweck dieser Arbeit, auf alle anderen Verfahren, die ein gleiches Bestreben bekunden, hier einzugehen, aber die Tatsache müssen wir hier hervorheben, daß trotz aller Bemühungen der Kinderärzte, Physiologen und Chemiker sehr viele Fälle vorkommen, in denen die Kinder von allem Anfang an oder im Verlauf der künstlichen Ernährung die verdünnte und mannigfach modifizierte Kuhmilch nicht vertragen. Wie oft begegnet der Praktiker dem unangenehmen Vorkommnisse, daß die Kinder beim Milchgenuß dyspeptisch werden oder an Enterokatarrh leiden und man mit der Darreichung der Milch auszusetzen gezwungen ist. In solchen Fällen nimmt man zu schleimigen Getränken, Suppen von Hafer- und Gerstenmehl seine Zuflucht, welche, wie die von Liebig angegebene und neuerer Zeit von Keller modifizierte Suppe, von entschiedenem Nutzen zu sein pflegen. Diese Suppe enthält, wie bekannt, unter Zusatz von Milch, Weizenmehl und Diastase hergestelltes Dextrin, dem sie ihre leichte Verdaulichkeit verdankt. Auf diesem Prinzip fußt auch die größte Anzahl der verschiedenartigen, von der Industrie hergestellten Kindermehlsorten.

Und hier sind wir bei einem Punkt angelangt, über welchen die Ansichten der Kinderärzte noch sehr auseinander gehen; denn die Frage, ob ein Kind in den ersten sechs Monaten mit Mehlabkochungen genährt werden dürfe, wird von den Kinderärzten je nach dem Standpunkte, den sie einnehmen, verschieden beantwortet.

Man hat gegen die Ernährung der jungen Säuglinge mit Mehlpräparaten die Ansicht ins Feld geführt, daß bei Neugeborenen und Kindern in den ersten Lebensmonaten die Speichelsekretion eine sehr geringe ist, daß dem Speichel das saccharifizierende Ferment fehlt; allein Schiffer hat nachgewiesen, daß schon in den ersten Tagen nach der Geburt beim Säugling das diastatische Ferment im Speichel vorhanden ist, auch im Pankreas des Neugeborenen ist das stärkeumsetzende Ferment konstatiert; ebenso sind Keller und Czerny (in ihrem Handbuche, Seite 286) zu dem Ergebnisse gelangt, daß die Stärke vom gesunden Säugling umgewandelt und ausgenützt wird; auch haben die Untersuchungen von Heubner und Carsten dargetan, daß der Säugling imstande ist, Amylacea schon in den ersten Lebenstagen zu verdauen. Ebenso hat Schilling bei der letzten Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Kassel die Mitteilung gemacht, daß es ihm gelungen sei, bei Säuglingen von 9 Tagen bis 6 Wochen, und zwar sowohl bei Brustkindern, als auch bei künstlich genährten, nachzuweisen, daß auch bereits die Submaxillardrüse wirksames Ferment enthält; auch das Pankreas liefert um diese Zeit schon Ferment; dadurch sei die Verdauung von

Digitized by Google

Kohlehydraten schon in diesem früheren Lebensalter verbürgt.

Es erscheint also heute keineswegs mehr so gewagt, Kindern in den ersten Lebensmonaten passend zusammengesetzte Abkochungen von Kindermehlen zu verabreichen, zumal in jenen Fällen, in denen die Kinder für die Dauer gewässerte Milch nicht vertragen, und selbst ein so bekannter und namhafter Kinderarzt wie Baginsky sagt in seinem Lehrbuche der Kinderheilkunde, Seite 47: „Die Kindermehle sind vom Ende des dritten Lebensmonats als Ersatz der Muttermilch nicht abzuweisen."

Ich muß gestehen, daß ich es früher nicht für zweckmäßig hielt, jungen Kindern, wenn sie künstlich genährt werden mußten, anderes als verdünnte sterilisierte Kuhmilch von anerkannt guter Beschaffenheit zu reichen. Allein nachdem ich in vielen Fällen die Erfahrungen anderer Aerzte zur Kenntnis genommen habe, welche von dextrinierten Kindermehlen selbst bei jungen zwei- bis dreimonatlichen Säuglingen Erfolge gehabt haben, namentlich bei solchen, die bei gewässerter Milch keine gehörige Gewichtszunahme aufzuweisen hatten, war ich bei Ordination von Kindermehlen nicht mehr so ängstlich.

Da ich im vergangenen Jahre das Nährmittel „Hygiama", das von der Kannstatter Nährmittelgesellschaft in den Handel gesetzt wird, bei größeren Kindern mit ausgesprochenem Erfolg in vielen Fällen anzuwenden Gelegenheit hatte (siehe meinen Aufsatz: Ueber den Wert des Hygiama als Nährmittel, „Therapeutisches Monatsheft", Dezember 1902), so entschloß ich mich, auch die Theinhardt'sche lösliche Kindernahrung probeweise in Anwendung zu bringen. Ein solcher Versuch war umso aufmunternder, als bereits viele Arbeiten vorliegen, die sich mit der erfolgreichen Verwendung der Theinhardt'schen löslichen Kindernahrung beschäftigen.[1])

Dr. Theinhardts lösliche Kindernahrung stellt ein gelbbraunes, amorphes Pulver von angenehmem Geruch und leicht süßlichem Geschmack dar. Nach der von Bischoff-Berlin gemachten quantitaven Analyse ergibt sich für das Präparat folgende Zusammensetzung:

Feuchtigkeit	6·152%
Stickstoffsubstanz (Eiweiß) .	15·47 %
darin leicht löslich . . .	14·04 %
Fett	5·50 %
lösliche Kohlehydrate . . .	57·44 %
unlösliche Kohlehydrate . .	10·98 %
Rohfaser	1·142%
Mineralstoffe	3·316%
darin Phosphorsäure . . .	0·962%

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Pulvers zeigte es sich, daß die zur Herstellung des Präparats benützten Stärkemehlarten nur noch ganz vereinzelt charakteristische Stärkemehlkörnchen erkennen ließen; sonst waren die letzteren teils durch Verkleisterung, teils durch eine Art von Backprozeß unkenntlich gemacht und zum großen Teile dextrinisiert. Bei der Herstellung des Präparats hat man mithin einen Fehler vermieden, der bei Fabrikation vieler anderer Mehlsorten begangen wird und der bei jungen, mit solchen Präparaten aufgefütterten Säuglingen zu den schwersten Verdauungsstörungen Veranlassung gibt; dieser Fehler besteht darin, daß in manchen Nährmehlen ein sehr beträchtlicher Gehalt von unveränderter Stärke sich vorfindet, die vom kindlichen Magen nicht assimiliert werden kann. Auf der vollkommenen

[1]) Schickler, Berl. klin. Wochenschr., Nr. 14, 1895. Lilienfeld, Aerztl. Monatsschr., 1898. Baum H., Kinderarzt, 1898. Freudenberg, Frauenarzt, 1898. Vehmeyer, Allg. Med. Zentral-Ztg., Nr. 44, 1898. Graezer, Zentralbl. f. Kinderheilk., Nr. 11, 1897. Herzfeld, Med. Korrespondenzbl., Dez. 1899. Rohmer, Deutsche Aerzte-Ztg., Dez. 1899. Boltenstern, Aerztl. Rundschau. Nr. 36, 1900. Beuthner, Med. Woche, Nr. 22, 1899. Zappert, Wien. klin. Wochenschr. Nr. 51, 1899. Bendix, Deutsche Aerzte-Zeitung., H. 7, 1900. Biedert, Kinderernährung im Säuglingsalter, Heubner, Säuglingsernährung und Säuglingsspitäler.

Außer den genannten Autoren seien noch genannt: Tenhoff, Pullman, Blauberg, Roth-Schmidt, Dornblüth, Schürmayer, Jacob, Greder, Hirt, Preuß, Schweitzer. Auch mit diesen Autoren ist die Reihe derer, die sich günstig über das Präparat aussprechen, nicht ganz erschöpft.

Digitized by Google

Umwandlung der Stärke in Dextrin beruht hauptsächlich die leichte Verdaulichkeit des Theinhardt'schen Präparats, dessen Eiweißstoffe zum großen Teile dem Kuhmilchkasein entstammen. Ein weiterer Vorzug des Präparats besteht darin, daß die Eiweißstoffe ähnlich denen der Frauenmilch in bedeutend kleineren Klümpchen im Magen zur Gerinnung kommen und hiedurch dem kindlichen Magen bei der Verdauung eine viel geringere Arbeit auferlegt wird. Eine nicht genug zu würdigende Eigenschaft der löslichen Kindernahrung ist ferner folgende: Während z. B. Hoffmann-Heubner das fehlende Fett der Kuhmilch gegenüber der Frauenmilch, das durch Verdünnung der ersteren noch weitere Einbuße erleidet, durch Zusatz von Milchzucker auszugleichen versuchen, ist bei der Herstellung der löslichen Kindernahrung der Fettgehalt direkt vermehrt worden, so daß auf diese Weise die Umsetzung der Kohlehydrate in Fett erspart und dem kindlichen Magen die Arbeit erleichtert wird. Auch die Nährsalze, ein wichtiger Bestandteil zum Knochenaufbau, sind in dem Präparat passend vertreten und so sichert die glückliche und verständnisvolle Zusammensetzung des Präparats bei der Verwendung den beabsichtigten Erfolg.

Vergleicht man die Zusammensetzung der Frauenmilch mit einer dem dritten Lebensmonat des Kindes entsprechenden Nahrungsmischung aus der löslichen Kindernahrung, Milch und Wasser, so ergibt sich folgendes Resultat:

Frauenmilch:

Wasser	87·02%
Eiweißstoffe	2·36%
Fett	3·94%
gelöste Kohlehydrate	6·23%
ungelöste Kohlehydrate	0·00%
Zellulose	0·00%
Salze	0·45%

Dr. Theinhardts Kindersuppe:

Wasser	85·00%
Eiweißstoffe	3·29%
Fett	3·71%
gelöste Kohlehydrate	6·66%
ungelöste Kohlehydrate	0·66%
Zellulose	0·02%
Salze	0·66%

Man kann aus dieser Vergleichung ersehen, daß der Unterschied zwischen der Theinhardt'schen löslichen Kindernahrung und der Frauenmilch ein sehr geringer ist, und nur so erklärt es sich, daß die Kinder bei diesem Nährmittel sich gedeihlich entwickeln, denn die Zusammensetzung dieser Kindernahrung entspricht in nahezu vollendeter Weise den physiologischen Anforderungen.

Allerdings wird es wohl schwerlich jemals gelingen, einen in jeder Hinsicht vollkommenen Ersatz für die Frauenmilch auf chemischem Wege zu gewinnen und eine gute Frauenmilch wird immer die natürlichste und rationellste Nahrung des Neugeborenen bleiben, aber, wie bereits bemerkt, muß man sich mit dem anerkannt Guten begnügen, wenn man das Bessere nicht haben kann.

Ich brachte die lösliche Kindernahrung zuerst bei einem siebenwöchentlichen Säugling in Anwendung, der an der Brust der eigenen Mutter nicht gedeihen wollte. Mit einem Normalgewichte von 3·20 kg zur Welt gekommen, nahm das Kind in den ersten vier Wochen ganz ungenügend zu, die Stühle waren reichlich, acht- bis zehnmal in 24 Stunden, dabei waren sie flüssig, mit Beimengung von viel Schleim und zahlreichen Klümpchen von unverdautem Kasein. Da das Kind sehr unruhig war, an Koliken litt, in den folgenden drei Wochen keine nennenswerte Gewichtszunahme aufzuweisen hatte, ja in einer Woche sogar einen Gewichtsverlust zeigte, so beschloß ich, das Kind von der Mutterbrust zu entwöhnen und bei der Unmöglichkeit der Beiziehung einer Amme zur künstlichen Ernährung zu schreiten.

Dies erwies sich umso nötiger, als die Mutter bei dem für das Kind ganz unzureichenden Stillungsgeschäft allmählich anämisch wurde und das Kind infolge der andauernden zahlreichen sauren Stühle eine schmerzhafte, über die Nates und Innenfläche der Oberschenkel sich ausbreitende Intertrigo akquirierte.

Digitized by Google

Als Nährmittel wählte ich die Theinhardt'sche lösliche Kindernahrung. Nach der angegebenen Vorschrift ließ ich einen kleinen Kaffeelöffel der Kindernahrung in fünf Eßlöffeln heißen Wassers auflösen, die Lösung unter fleißigem Umrühren drei Minuten kochen, hernach einen Eßlöffel Milch und etwas Wasser zum Einkochen dazusetzen und nachdem die so behandelte Suppe wieder aufgekocht hat, in die vorher erwärmte und sorgfältig gereinigte Säuglingsflasche einfüllen und vor Darreichung auf 38° R. abkühlen. Berechnet man einen Eßlöffel = 15 g, so entsprach die Gesamtmenge der hergestellten Mischung etwa 130 g, die dem Kinde $2^1/_2$ stündlich gereicht wurde.

Nach zwei- bis dreitägigem Gebrauche der Kindernahrung sank die Anzahl der Stühle auf fünf bis sechs im Tage, auch besserte sich das Aussehen derselben; die Stühle waren gelblich, enthielten weniger Schleim und das Kind war viel ruhiger, infolge verminderter Gasbildung wurden die Kolikanfälle seltener und blieben nach weiteren zwei Tagen ganz aus. Nach Verlauf einer Woche hatte das Kind normale Stühle, vier bis fünf in 24 Stunden. Mit dem Festerwerden der Stuhlgänge und dem Aufhören der sauren Gährung im Darmtrakt besserte sich bei entsprechender lokaler Behandlung die Intertrigo und das Kind zeigte zum erstenmal nach drei Wochen eine Körpergewichtszunahme um 100 g. In der zweiten Woche der geänderten Nahrung nahm das Kind um 130 g zu. Nach vierwöchentlichem Gebrauche der löslichen Kindernahrung betrug die Gewichtszunahme 520 g. Die Nahrung wurde, was ich ausdrücklich bemerken will, nie erbrochen.

Der zweite Fall, in welchem ich von diesem Mehlpräparat Gebrauch machte, betraf ein $3^1/_2$monatliches Kind, das bisher bei einer Amme gut gedieh und normale Gewichtszunahme zeigte, als die Amme plötzlich von einer akuten Krankheit befallen wurde, so daß sie das Kind nicht mehr stillen konnte. Die Mutter sträubte sich gegen die Aufnahme einer zweiten Amme und da das Kind sehr gut aussah und kräftig war, entschloß sie sich, dasselbe mit Soxhlet weiter aufzuziehen. Allein trotz der nötigen Vorsicht, die genau eingehalten wurde, traten im Verlauf der ersten 14 Tage nach dem Abstillen Erscheinungen einer Dyspepsie auf. Das Kind erbrach die gewässerte Milch, litt an Koliken, die Stühle wurden häufiger, flüssig, mit Schleim untermengt, das Kind hatte einen Gastro-Enterokatarrh.

Ich verordnete, als ich zu dem Kinde gerufen wurde, Dr. Theinhardts lösliche Kindernahrung und erzielte unter Darreichung derselben ($1^1/_2$ Kaffeelöffel Mehl, 5 Kaffeelöffel Wasser, 7 Löffel Milch) einen ausgesprochenen Erfolg. Im Verlauf von 8 bis 10 Tagen verloren sich die Erscheinungen des Magendarmkatarrhs, das Kind entwickelte sich von da ab in normaler Weise.

Und nun nach so günstigen Erfolgen machte ich den Versuch, einem Kinde im Alter von 26 Tagen die lösliche Kindernahrung geben zu lassen; es war ein gesunder, kräftiger Knabe mit dem Anfangsgewichte von 3·20 kg, der von der Mutterbrust abgesetzt werden mußte, weil die Mutter an einer Mastitis erkrankte. Auch dieses Kind gedieh bei der löslichen Kindernahrung. Wenn auch anfänglich die Körpergewichtszunahme keine solche war, wie wenn das Kind bei der Brust geblieben wäre, so zeigten sich keinerlei Zeichen einer Verdauungsstörung und nach Ablauf von sechs Monaten hatte das Kind ein Gewicht von 6·73 kg.

Ebenso bewährte sich dieses Nährmittel bei einem rhachitischen schwächlichen Kinde von fünf Monaten, das bei Milchnahrung bereits seit drei Wochen an einem Darmkatarrh litt. Bei Darreichung der Theinhardt'schen löslichen Kindernahrung und Tanninirrigationen besserte sich der Zustand in merklicher Weise und nach drei Wochen war das Kind gesund. Stühle normal. Allerdings blieb das Kind infolge der Rhachitis in seinem Gewichte etwas zurück, aber das war auch die einzige anomale Erscheinung.

Ich habe aus einer längeren Beobachtungsreihe die eben näher beschriebenen Fälle als Paradigmen ausgehoben und könnte noch andere ähnliche anführen,

Digitized by Google

in denen das Präparat gleich gute Dienste leistete. Ich glaube jedoch, daß die hier beschriebenen vier Fälle hinreichend den Beweis liefern, daß der Theinhardt-schen löslichen Kindernahrung unter den Nährmitteln für das erste Lebensjahr des Kindes ein bevorzugter Platz eingeräumt werden muß.

Nach meinen mit diesem Kindernährmittel gemachten Erfahrungen kann ich die Indikationen für die Dr. Theinhardt'sche lösliche Kindernahrung in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Als Nahrung für gesunde Säuglinge, wobei der Zusatz des Präparats zur verdünnten Kuhmilch die durch die Verdünnung entstandenen Defizite an Eiweißbestandteilen und Fett ausgleicht und die Milch selbst durch ein dem Pflanzenreiche entnommenes Ferment leichter verdaulich gemacht wird.

2. Als ersprießliches Nährmittel bei unterernährten anämischen und rhachitischen Kindern.

3. Bei Magendarmkatarrhen als diätetisch-therapeutisches Mittel, und zwar im Beginn mit Hinweglassung der Milch, die erst allmählich mit Besserung der katarrhalischen Erscheinungen hinzugesetzt werden kann.

Wenn so ausgezeichnete Fachmänner wie Heubner und Biedert der Theinhardt'schen löslichen Kindernahrung das Wort sprechen und von der Anwendung derselben sich befriedigt zeigen und letzterer dieselbe sogar als ein mit besonderer Vollendung durchgeführtes Nährmittel bezeichnet, das in ausgezeichneter Weise verdaut wird, so ist damit wohl die Gewähr gegeben, daß dieses Präparat nach richtigen chemischen Grundsätzen und entsprechend den physiologischen Anforderungen hergestellt ist, mithin bei der künstlichen Ernährung des Säuglings eine gewisse Sicherheit des Erfolges bietet.

Die von vielen Seiten bestätigten günstigen Resultate (vide oben) widerlegen auch die von jeher verbreitete und von vielen Kinderärzten vertretene und allgemein hingestellte Ansicht von der Unverdaulichkeit der Amylacea in der ersten Lebensperiode des Kindes. Wenn die Kindermehle, wie dies bei Dr. Theinhardts löslicher Kindernahrung der Fall ist, mit Verständnis und Berücksichtigung der angeborenen geringeren Verdauungskraft des kindlichen Magens bereitet, d. h. in möglichst aufgeschlossener Form hergestellt werden, dann können sie auch für die Ernährung des Säuglings nutzbringend in Verwendung kommen. So hat auch bei meinen Versuchen die praktische Erfahrung die günstige Wirkung der Theinhardt'schen Kindernahrung erwiesen.

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Ueber Behandlung von Sepsis mit Klysmen von Argentum colloidale Credé. Von Dr. Löbl.

In der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien berichtete Dr. Löbl über Fälle von schwerer Sepsis, die auf der medizinischen Abteilung des Professors Schlesinger mit Klysmen von Argentum colloidale Credé erfolgreich behandelt wurden. An dieser Abteilung werden seit zwei Jahren vielfach therapeutische Versuche bei Sepsis, Erysipel, Puerperalprozessen u. a. mit Ungt. Credé und mit intravenösen Injektionen von Argentum colloidale angestellt. In manchen Fällen sind trotz Beherrschung der Technik intravenöse Injektionen unmöglich. (Dickes Fettpolster, Enge der Venen.) So auch in einem (August 1903) zuerst ohne Erfolg mit Ungt. Credé behandelten Fall. Es wurde daher versuchsweise Kollargol als Klysma appliziert. Der gute Erfolg war Veranlassung zu weiteren Versuchen. Der Vortragende demonstriert außer zwei Pa-

Digitized by Google

tienten Temperaturkurven von drei schweren Sepsisfällen, einem Puerperalprozeß und Thrombophlebitis nach Typhus, wo ein günstiger Erfolg sich zeigte, der wohl nur auf den therapeutischen Eingriff zu beziehen war. In vier Fällen mußten Kollargolklysmen teils wegen negativen Erfolges, teils wegen anderer Komplikationen (Pneumonie, septischer Diarrhöe) ausgesetzt werden. Die Verabreichung von Kollargolklysmen bei sechs fiebernden Phtisikern ergab bisher kein eindeutiges Resultat.

Das Kollargol wurde zweimal täglich per 0·15—0·30 : 75·0 Aq. dest. nach Vorausschickung eines Reinigungsklysmas durch acht Tage gereicht. Der Vortragende erblickt den Vorteil der Klysmen in der ungefährlichen bequemeren Applikation und in der Möglichkeit der Verabreichung größerer Dosen. Die Wirkung des Kollargol bei dieser Applikationsform war bei aller Vorsicht, die zur Beurteilung solch kleiner Versuchsreihe gehört, überraschend gut und jedenfalls der Nachprüfung wert. Laub.

Ueber Hedonal. Von Dr. Fraczkiewicz.

Vf. berichtet über Versuche, die er auf der Abteilung des Prof. Parenski in Krakau mit dem Hedonal als Hypnotikum gemacht hatte. Als wirksame Dose erwies sich bei Weibern 1·50 g, bei Männern 2 g. Allemal vertrugen die Kranken dieses Arzneimittel gut, sie gaben keine subjektiven unangenehmen Sensationen an. Objektiv konnte man konstatieren, daß der Schlaf gewöhnlich in $^1/_4$—1 Stunde nach dem Einnehmen erfolgte und durchschnittlich 5—8 Stunden, fast immer ununterbrochen und ohne Phantasien, dauerte.

Nach dem Hedonalschlafe fühlten sich die Kranken erfrischt, keiner klagte über Kopfschmerzen und Schwindel, keiner über Ohrensausen und Mattigkeit. Während des Schlafes nach Hedonal blieb die Quantität und Qualität des Pulses fast unverändert. Die Respiration war frei, die Temperatur, sowie im physiologischen Schlafe um einige Zehntelgrade herabgesetzt.

Nur in zwei Fällen versagte das Mittel; in beiden war aber der Schmerz die Ursache der Schlaflosigkeit, woraus der Schluß gerechtfertigt erscheint, daß das Hedonal ausschließlich ein Hypnotikum, aber nicht ein Analgetikum ist. Auch konnte Vf. eine geringe diuretische Wirkung des Hedonals beobachten. — (Therap. Monatsh., H. 11, 1903.) Laub.

Zur Therapie des Diabetes mellitus. Von Dr. Lenné, Neuenahr.

Vf. tritt neuerdings bei der Behandlung der Diabetiker für eine Reduktion des in der Nahrung verabreichten Eiweißquantums ein. Ähnlich wie die Kohlehydrate soll auch dieser Nährstoff in genau fixierten Mengen verabreicht werden. Den Maßstab für die zu gewährende Eiweißmenge solle der ausgeschiedene Harnstickstoff, resp. Harnstoff abgeben. Er berechnet aus seinen zahlreichen Untersuchungen die Zahl 0·37 g Harnstoff als Durchschnittsgröße für den in 24 Stunden pro Kilogramm Körpergewicht ausgeschiedenen Harnstoff, entsprechend einem Eiweißumsatz von 1·1 g Eiweiß. Vf. ist zu dieser Maßregel durch die Beobachtung geführt worden, daß in einer Reihe von Fällen die Zuckerausscheidung trotz Regelung der Kohlehydrate persistierte, aber sank, resp. schwand, als das Eiweißkostmaß mehr oder weniger beschränkt wurde. Zum Schlusse betont Vf. die Steigerung der Toleranz für Kohlehydrate beim Genusse alkalischer Heilwässer, insbesondere des Neuenahrer Sprudels. — (Therap. Monatsh., H. 10, 1903.) Laub.

Zur Behandlung der Obstipation im Säuglingsalter. Von Dr. Clamann.

Die Methode besteht darin, daß man einen in seinem unteren Drittel reichlich eingeölten, kaum mittelstarken Nelaton-Katheter in das Rektum einführt und ihn darin etwas hin- und herbewegt. Das Kind liegt dabei in Rückenlage, die Beine werden dabei nach der Bauchseite zu zurückgehalten, damit sie die Einführung des Instrumentes, die mit der rechten Hand allein leicht ausgeführt werden kann, nicht stören. Ist der anfängliche Widerstand des Sphinkter durch leichte Drehbewegungen des kurzgefaßten, konisch zugespitzten Katheterendes überwunden, so ist das weitere Hinaufschieben desselben, 15 cm weit

Digitized by Google

und weiter, meist leicht. Diese Behandlung der Obstipation mit dem Katheter kann nach genügender ärztlicher Anleitung ohne Gefahr der Hand jedes einigermaßen verständigen Laien überlassen werden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44, 1903.) Laub.

Koffeininjektion zur Unterstützung der Venaesectio.

In einer Reihe von Fällen, in denen der Aderlaß eine wahrhaft heroische Medikation darstellt (akutes Lungenödem, venöse Lungenstauung auf kardialer Grundlage, Urämie, Puerperaleklampsie), kann es sich ereignen, daß nach Eröffnung der Venen das Blut nur langsam vorsickert, was auf unzulängliche Herztätigkeit zurückzuführen ist, insbesondere bei den herzinsuffizienten Brightikern, sowie beim Lungenödem. In solchen Fällen erzielte Legendre durch eine subkutane Injektion von Koffein rapide Verstärkung. Es empfiehlt sich, in solchen Fällen 5 Minuten vor Ausführung der Venaesectio die Injektion zu machen. — (La Presse médicale Nr. 89, Nov. 1903). Laufer.

Eine vorläufige Mitteilung über die Behandlung vorgeschrittener Lungentuberkulose durch intravenöse Injektionen mit Jodoform.

In allen behandelten Fällen waren Ibc.-Bazillen, sowie elastische Fäden im Sputum nachgewiesen, beide Lungenflügel waren affiziert.

Durch die eingeleitete Behandlung kam es zur rapiden Besserung der physikalischen Zeichen, die Temperatur wurde normal, das Körpergewicht stieg an, der Auswurf nahm ab.

Das Jodoform wurde in ätherischer Lösung verwendet. Der Atem behielt noch einige Stunden nach der Injektion den Geruch nach Jodoform; diese Beständigkeit des Jodoforms nach der Injektion ist sehr wünschenswert, weil das Freiwerden von Jod, selbst in geringem Maße, rapid die Venenwände irritieren würde, und zur Entstehung von Thrombosen führen könnte. In kurzer Zeit tritt Gewöhnung an den Geschmack ein. In einem Falle konnte Autor über der einen vorher unverdächtigen Lungenspitze im Anschluß an die Injektion Rasseln hören, was er als diagnostischen Vorteil bezeichnet. Im einem Falle von ausgedehnten Kavernen in beiden Oberlappen kam es nach Einleitung der Behandlung zu einem Anfalle von Dyspnoe und zu Palpitationen, weshalb die Behandlung unterbrochen werden mußte. Wegen des größeren Kalibers ihrer Venenwände erscheinen Männer für die Behandlung geeigneter als Frauen. Peinlichste Asepsis ist Notwendigkeit. Autor verwendete das feinst präzipitierte Jodoform, das erhältlich war, und den reinsten Aether mit dem spezifischen Gewichte 720. Beginn mit 5—7 cm^3, allmähliches Ansteigen bis zu 45 cm^3 pro die, was einer Menge von etwa 6 g Jodoform entspricht. In einem Falle, wo der ganze rechte Oberlappen erkrankt war, eine Kaverne bestand und auch der linke Flügel angegriffen war, führten 100 Injektionen zur sichtlichen Besserung. — (The Brit. med. Journ. 21. Nov. 1903.) Laufer.

Hypochlorierung bei Phlegmasia alba dolens der Typhösen.

Die Kryoskopie des Blutes der Typhösen ergibt eine umso schwächere Erniedrigung des Gefrierpunktes, je schwerer der Fall ist, während man bei dem stärkeren molekularen Zerfall eines typhösen Organismus theoretisch eine Steigerung des Gefrierpunktes erwarten würde; man findet, statt normalerweise — 56, — 50 ja — 48 und — 45.

Ursache ist die Na Cl retention in den Geweben des Typhösen, welche den Einfluß der Vermehrung der organischen Bestandteile des Serums in Bezug auf den Gefrierpunkt aufhebt.

Wenn nun jüngst M. Widal nachgewiesen hat, daß bei den Brightikern das Oedem des Zellgewebes verhältnismäßig der Menge des durch die Kranken absorbierten Kochsalzes entspricht und daß eine Verminderung der Na Cl-Zufuhr die Oedeme verschwinden mache, mußte der Gedanke an ähnliche Verhältnisse bei Typhösen sich aufdrängen. Chantemesse brachte die hypochlorierte Diät: (Fleisch

Digitized by Google

und Suppe ohne Salz, Brod ohne Salz, Wasser mit Lactose) bei Typhuskranken mit Phlegmasia alba dolens einer unteren Extremität in Anwendung. In den 2 ersten Fällen bestand der Zustand 6 Wochen, resp, 2½ Monate mit starkem Oedem, Ausdehnung der oberflächlichen Venen ohne Tendenz zur Besserung trotz Einhaltung strenger Ruhe, 2 weitere Eälle hatten akuten Charakter und 3 bis 4 tägige Dauer, während die 2 restlichen Fälle zwar Thrombose, aber keine schmerzhafte Schwellung der ganzen Extremität darboten. Die hypochlorierte Diät ergab ein überraschendes Resultat; trotz der Persistenz der Thrombose Stehenbleiben der Phlegmasie, Abheilung rezenter Formen innerhalb einiger Tage, Verbesserung der inveterierten Formen. Jede Rückkehr zur Salzdiät zeigte neuerlich als Folge Auftreten von Schwellungen. Autor kommt zu dem Schluß, daß die Phlegmasia alba dolens der Typhösen die Folge einer Intoxication eines Glieds mit Kochsalz sei. Die Obliteration einer Vene spiele nur die Rolle einer prädisponierenden Ursache. Ob die Phlegmasien im Puerperium sowie bei Kachexie die gleiche Rolle spielen, konnte Autor nicht feststellen.

In einem Falle, einer 40jährigen Diphtheriekranken mit thrombosierten Varicen einer unteren Extremität und schmerzhafter Schwellung derselben, brachte die hypochlorierte Diät innerhalb von 2 Tagen die Schmerzhaftigkeit und Schwellung zum Verschwinden. (Chautemesse, Revue française de méd. et de chir. Nr. 47, 1903). Laufer.

Ueber Agurin. Von Dr. Rudolf Belan.

Die vorteilhafte Wirkung des Agurins ist schon in seiner Zusammensetzung zum Teil begründet, der hohe Theobromingehalt (60%) einerseits und das gleichfalls durch seine diuretische Wirkung bekannte essigsaure Natrium, dann der Umstand, daß Agurin die ungünstigen Nebenwirkungen der salizylsauren Salze nicht hat, geben demselben mannigfache Vorzüge.

Die Indikation für Anwendung desselben ist die gleiche wie für Diuretin, also namentlich bei Stauungserscheinungen, bei inkompensierten Vitien, bei kardialem und renalem Hydrops, kardialasthmatischen und anginösen Beschwerden.

Besonders zweckmäßig und erfolgreich ist seine Darreichung dann bei hydropischen Zuständen kardialer Natur, wenn das Diuretin nicht gut vertragen wird. Weniger gut wirkt es bei Oedemen infolge parenchymatöser Nierenentzündung (Bright'scher Niere) und infolge von Schrumpfniere.

Die Darreichung erfolgt am besten in Pulverform in Oblaten, und zwar soll es schon in relativ geringen Dosen (0·25 bis 0·5 pro die) wirksam sein (Destrée). B. wendete aber weit größere Dosen, 3·0 bis 5·0, selbst 6·0, pro die und Einzelgaben von 1·0 an, da er sich von einer auffallenden Wirksamkeit kleiner Tagesdosen (2·0 und weniger) nicht überzeugen konnte. Die Wirkung tritt ziemlich rasch ein, schon nach 24 Stunden zeigt sich gewöhnlich eine Vermehrung der Urinmenge. Jedoch hat die gesteigerte Diurese nicht ihr Maximum in den ersten 24 Stunden nach begonnener Anwendung des Mittels, es zeigte sich vielmehr bei mehreren Fällen aus B.'s Beobachtung, daß die Wirkung des Agurin bei mehrtägigem Gebrauche eine ausgesprochen kumulierende war, aber ohne unangenehme Nebenwirkungen zu erzeugen. So war in einigen Fällen eine starke Diurese, resp. eine Steigerung derselben erst am 3. oder 4. Tage der Anwendung des Mittels aufgetreten, eine Beobachtung, die von erheblicher praktischer Bedeutung zu sein scheint. Die in 24 Stunden abgesonderte Urinmenge stieg in mehreren Fällen der Beobachtung auf 4 bis 5, ja in einem Falle auf nahezu 6 Liter. Zumeist hält sich die Tagesmenge aber unter 4 Litern. Seine Wirkung wird oft auch durch vorausgegangene oder gleichzeitige Anwendung von Digitalis, Adonis, Strophantus ganz wesentlich unterstützt. Das Mittel wird von den Patienten gerne genommen und anscheinend recht gut vertragen. Erbrechen nach seiner Einnahme wird sehr selten gesehen, ebenso auch selten über Kopfschmerzen nach Anwendung des Agurin geklagt. Die

Digitized by Google

Darmentleerungen wurden in Bezug auf Häufigkeit und Beschaffenheit nicht beeinflußt. Albuminurie hat B. nach Einnahme des Präparats nicht auftreten, bestehende Albuminurie nicht sich verschlimmern gesehen. Die Wirkung ist ziemlich zuverlässig, doch muß bemerkt werden, daß dieselbe nicht sehr anhaltend war — da bald nach Aussetzen der Darreichung wieder ein Sinken der Diurese eintrat.

Eine Wirkung auf Erhöhung des Blutdruckes scheint dem Agurin abzugehen, wohl aber zeigte sich mehrmals eine mäßige Herabsetzung des Blutdruckes. Vielleicht erklärt sich auch so die unterstützende Wirkung der gleichzeitigen Anwendung der Digitalis, der Cardiaca. Agurin wirkt wahrscheinlich direkt auf die Nieren als „harnfähige Substanz" und vermehrt auf diese Weise die Diurese. So dürfte sich die auffallende günstige Wirkung des Agurin bei Hydropsien kardialen Ursprungs erklären, welche besonders deutlich sich dann zeigt, wenn die Nieren nicht oder nur wenig affiziert sind.

Die von R. Breuer hervorgehobene günstige Beeinflussung stenokardischer Anfälle durch Agurin kann B. nicht bestätigen, obgleich das Präparat mehrmals bei stenokardischen Anfällen in Anwendung gezogen wurde. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 7, 1903.) E. S.

Therapeutische Beobachtungen. (Ueber Theocin.) Aus der inneren Abteilung des Augustahospitals (Geheimrat Prof. Dr. C. A. Ewald zu Berlin.) Von Dr. Julius Sigel, Assistenzarzt.

Seit der Empfehlung des Theocins durch Minkowski, Schlesinger, Dreser sind mehrere Arbeiten erschienen, die sich günstig über die Theocinwirkung aussprechen. Auch S. hat in etwa zwanzig Fällen von Theocin Gebrauch gemacht und gefunden, daß bei fast allen Herz- und Nierenaffektionen mit Aszites und Oedemen sich das Theocin als gutes Diuretikum erwies. Die Wirkung tritt meist sehr prompt ein, bereits am zweiten und dritten Tage beginnt sogar nicht selten eine Harnflut von mehreren Litern einzusetzen. Dann sinkt die Urinsekretion gewöhnlich ziemlich stark, um nach mehrtägigem Aussetzen des Mittels beim erneuten Gebrauche wieder zu steigen. Im allgemeinen war die diuretische Wirkung eine größere als die aller übrigen Diuretika, so daß in allen Fällen, wo es darauf ankam, den ödematösen Körper rasch zu entlasten, das Theocin in Dosen von 2—3mal täglich 0·3 gr. verordnet wurde. Eine Einwirkung auf das Herz und den Blutdruck war nicht zu konstatieren. S. gab in den Fällen, wo eine Indikation dazu vorlag, gleichzeitig Kampfer und Koffein subkutan. Die einzige schädliche Wirkung des Theocins war von Seite des Magens, indem in nicht ganz seltenen Fällen Erbrechen auftrat. Um in diesen Fällen auf die günstige Wirkung des Theocins nicht verzichten zu müssen, gab S. das Theocin in Form von Suppositorien (0·3 pro dosi). Das Erbrechen hörte dann sofort auf; dasselbe war also auf die örtliche Reizung und nicht auf eine allgemeine Intoxikation zu beziehen.

Reizungszustände von Seite des Nervensystems bei Theocingebrauch sah S. nie, hatte daher auch keine Veranlassung, das Theocin, wie Dreser vorschlug, zusammen mit Hedonal zu geben. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1, 1904.) E. S.

Vergleichende Untersuchungen über kumulative Wirkung der Digitaliskörper. Von Dr. Albert Fraenkel, Badenweiler.

Vf. hat im pharmakologischen Institut zu Heidelberg die Wirkung verschiedener Digitaliskörper auf das Herz gesunder Katzen geprüft und das Verhalten der Pulsfrequenz als Gradmesser der Kreislaufwirkung benützt. Die Versuche wurden mit folgenden Präparaten angestellt: Mit Digitoxin Merck, Digitalinum verum Böhringer, Strophanthin Merck und Strophanthin Böhringer. Die Substanzen wurden subkutan injiziert; die Giftlösungen kamen dabei in solcher Verdünnung zur Anwendung, daß auch das Digitoxin die Versuche nicht durch lokale Reizwirkung stören konnte.

Verfolgt man nach einer wirksamen Dosis dieser Substanzen das Verhalten der Pulsfrequenz durch längere Zeit, so fällt

Digitized by Google

vor allem die Dauer der Nachwirkung auf. Ist die Pulsverlangsamung und Verstärkung der Herztätigkeit einmal eingetreten, so wird sie tagelang festgehalten. Werden ferner kleine Gaben, die als Einzeldosen noch durchaus ohne Wirkung auf die Pulsfrequenz bleiben, täglich fortgegeben, so tritt die Pulsverlangsamung nach einer — je nach der Gabengröße — wechselnden Zeit ein und nimmt allmählich zu. Der Digitaliskörper wird also durch „Kumulierung" wirksam. Dabei zeigte es sich, daß selbst in monatelangen Versuchen nichts zu sehen war, was auf eine Angewöhnung hindeutete, daß sich aber bei allen untersuchten Substanzen eine Dosis ermitteln ließ, bei der die Kreislaufwirkung wochenlang ohne Nebenerscheinungen anhielt und die Tiere somit normal blieben, ein Resultat, das den Erfahrungen mit fortgesetzter Anwendung kleiner Digitalisgaben am Menschen entspricht.

Ging man jedoch in den Versuchen nur um ein Geringes über die geeignete tägliche Dosis hinaus, so stellten sich sehr bald Intoxikationserscheinungen ein, die kumulative Wirkung macht sich bald geltend.

Auf die Details der Versuche, auf einen Vergleich der Wirkung der einzelnen Präparate in Bezug auf die Zeit des Eintrittes und die Dauer der kumulativen Eigenschaften kann — so interessant sie auch sind — hier leider nicht eingegangen werden. Nur so viel sei bemerkt, daß alle untersuchten Substanzen sich prinzipiell in ihren kumulativen Eigenschaften gleich verhielten. Für jeden der untersuchten Digitaliskörper läßt sich eine bestimmte tägliche Gabe ermitteln, durch die auch bei wochenlanger Einführung das „therapeutische Stadium" festgehalten wird; die Ueberschreitung dieser Tagesdosen um ein Geringes führt aber auch bei allen Substanzen zu toxischer Kumulierung.

Auch die Schnelligkeit, mit der das Herz die einzelnen Digitaliskörper aufnimmt, ist bei den verschiedenen Präparaten verschieden. Nach Strophanthin läßt sich die Kreislaufwirkung nach einer „therapeutischen" Dosis schon nach wenigen Stunden nachweisen, nach Digitalin in gleichwertiger Gabe dauert es über 24 Stunden und nach Digitoxin noch weit länger, bis über 60 Stunden. Diesem Moment kommt auch praktische Bedeutung zu. Wo man rasche Wirkung erzielen will, scheint Strophanthin am geeignetsten. Auch eine gefahrvolle Ueberdosierung bei fortgesetzter Anwendung wird sich im allgemeinen leichter vermeiden lassen, wenn sich eine geringe Ueberschreitung der therapeutischen Grenzen schon nach wenigen Stunden durch toxische Erscheinungen kundgibt. In diesem Sinne erscheinen Strophanthin und Digitalin zu dauernder „chronischer" Digitalistherapie eher geeignet, als Digitoxin. Das letztere Präparat erscheint nur geeignet für eine kurzdauernde energische Kur in wenigen, vorsichtig dosierten Gaben, nicht aber für länger dauernde Behandlung. Digitalin und wohl auch Strophanthin eignen sich in richtig gewählter Dosis auch zu täglicher Darreichung durch längere Zeit. Strophanthin empfiehlt sich dort, wo man die Kreislaufwirkung rasch erzielen will; aber auch bei Strophanthin ist die Gefahr der Kumulation vorhanden. — (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol., Bd. 51, H. 1, 1903.) Laub.

Ein Beitrag zur Behandlung des Asthmas. Von Dr. Karl F. Kremer.

Vf. berichtet über fünf Fälle von Asthma bronchiale, die er nach dem Vorschlage Prof. Riegels mit Atropin behandelt hatte. Der Erfolg war ein überraschend günstiger. Es wurde in allen Fällen mit 0·0005 g Atropin (subkutan) angefangen, und zwar möglichst früh zu Beginn des Anfalles, im späteren Verlaufe zur Verhütung desselben. Dem speziellen Falle anpassend, muß die Injektion zweimal, selten dreimal in 24 Stunden wiederholt werden, wobei man die Dosis eventuell kleiner nehmen kann. Da sich der Patient sehr bald an das Mittel gewöhnt und man es oft längere Zeit anwenden muß, so ist man genötigt, die Dosis allmählich bis zu 0·001 g zu steigern, um nach und nach zu kleineren Gaben zurückzugehen. Es gelang ihm oft, namentlich in Fällen von reinem Bronchialasthma, den Anfall zu coupieren. In der ersten Zeit der Behandlung fand Vf. es oftmals von Vorteil, mit dem Atropin gleichzeitig

Digitized by Google

Morphin abends zu injizieren, um den Schlaf nachhaltiger zu machen. — (New-Yorker med. Monatsschr. Nr. 12, 1903.) Laub.

Zur Technik der Infusion. Von Dr. Adolf Weber, Alfeld.

Dem Vf. hat sich in seiner Landpraxis folgendes Verfahren bei der Infusion bewährt: Eine recht starke, scharfe Kanüle wird an den Schlauch eines Irrigators gesteckt und, um ein Durchsickern der Flüssigkeit zwischen Schlauch und Instrument zu verhüten, mit einer Schnur befestigt. Nachdem die Kanülenspritze durch eine Watteumwicklung geschützt ist, wird der Irrigator, in dem sich der armierte Schlauch befindet, 5 Minuten lang ausgekocht. Zu gleicher Zeit werden in einem anderen Gefäße mehrere Liter Wasser zum Sieden gebracht. In die mit 1 l sterilisierten Wassers gefüllte Spülkanne werden 6·0 Natr. chlorat. gegeben und die Flüssigkeit wird mit der Nadel tüchtig umgerührt. Nun wird der Irrigator, während die Kanüle sich in der Kochsalzlösung befindet, in einen Eimer kalten Wassers gestellt, das natürlich den Rand der Kanne nicht erreichen darf. Nach einiger Zeit Erneuerung der Kühlflüssigkeit, bis die Lösung ungefähr Körpertemperatur besitzt.

Nachdem die Hände und die eine Bauchseite des Patienten mit Seifenwasser, Alkohol (Schnaps) und Lysollösung desinfiziert wurden, läßt er ungefähr zwei Eßlöffel der Lösung über die Beugeseite des Vorderarmes laufen. Dadurch wird nicht nur die Luft aus dem Schlauche entfernt, man überzeugt sich auch, daß die Flüssigkeit nicht zu heiß ist.

Nun wird mit sämtlichen Fingern der linken Hand die Bauchhaut gefaßt und eine hohe Falte abgehoben. An ihrer Basis wird die Kanüle rasch eingestoßen und im Unterhautzellgewebe soweit vorgeschoben, als es nur möglich ist. Sind 250 cm^3 abgelaufen — was ungefähr zwei Minuten erfordert — so wird die Nadel unter Kontrolle des linken Zeigefingers langsam wieder zurückgezogen und, sobald die Spitze in die Nähe des Einstiches angelangt ist, wie ein Uhrzeiger um ungefähr 90° gedreht. Jetzt wird die Nadel nach Bildung einer Hautfalte wieder vorgestoßen und in diese Region infundiert. Dieselbe Prozedur wiederholt sich noch dreimal, bis ungefähr 1 l eingeflossen ist. Die Einstichöffnung, die sich gewöhnlich in der mittleren Achsellinie handbreit unter dem Rippenbogen befindet, wird hernach antiseptisch verbunden. — (Therap. Monatsh., Jänner 1903.) Laub.

Exodin, ein neues Abführmittel. Von Wilhelm Ebstein.

Das neue Abführmittel, Exodin, ist ein Oxyanthrachinonderivat und steht als solches dem Emodin und dem Purgatin nahe. Das Präparat stellt ein gelbes Pulver dar, welches bei etwa 180 bis 190° schmilzt. Die Verbindung ist unlöslich in Wasser, schwer löslich in Alkohol, sie ist ferner geruch- und geschmacklos.

Das in Wasser aufgeschwemmte Pulver macht weder in der Mundhöhle noch auch, nachdem es in den Magen gelangt ist, irgend welche unangenehme Erscheinungen. Das Exodin belästigt den Magen in keiner Weise und bewirkt keinerlei magendyspeptische Symptome. Es erzeugt kein Druckgefühl im Magen, kein Aufstoßen, keine Uebelkeit. Der Appetit wird durch das Mittel gleichfalls nicht benachteiligt. Man kann also sehr gut die Kranken direkt nach dem Essen das Exodin nehmen lassen, wie einige Stunden nachher oder nach abgeschlossener Verdauung und bei leerem Magen. Das Mittel wirkt gewöhnlich nach acht bis zehn bis zwölf Stunden. Die Darmentleerungen treten in den meisten Fällen zum erstenmal in breiiger oder auch in gebundener Form auf. Im Verlauf der nächsten Stunden wiederholen sich die Ausleerungen, meist ein- bis dreimal, zuletzt nicht selten dünn. Nach den Erfahrungen des Vf. hat das Exodin auch bei solchen von den schwersten Formen der chronischen Stuhlverstopfung heimgesuchten Patienten gewirkt, bei denen die anderen üblichen Abführmittel nur eine mangelhafte Wirkung erzeugt hatten.

Betreffs der Anwendungsweise des Exodins sei bemerkt, daß die Scheringsche Fabrik dasselbe in Tablettenform in

Digitized by Google

den Handel bringt. Jede dieser Tabletten enthält 0·50 g Exodin. Die Tabletten zerfallen in Wasser leicht zu einem geschmacklosen Pulver. Dasselbe ist in Wasser unlöslich. Für Kinder genügt eine Tablette, Erwachsene nehmen davon ein bis drei Stück, gewöhnlich genügen aber bei den letzteren zwei Tabletten, um eine oder mehrere, meist breiige Stuhlentleerungen zu bewirken. Die Einverleibung des Exodins geschieht am besten in folgender Weise: Man läßt die Tabletten in einer entsprechenden Quantität Wasser zergehen und läßt die so hergestellte wässerige Aufschwemmung des Exodins unter stetem Umrühren mit einem Löffel trinken. Es ist dies Verfahren dem Verschlucken der Tabletten im ganzen vorzuziehen, weil bei Aufschwemmung des Exodins dasselbe in möglichst fein verteiltem Zustand in den Magen gelangt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1904.) Laub.

Weiteres für medikamentöse Therapie der Lungentuberkulose und der Skrofulose. Von Prof. Dr. Martin Mendelsohn, Berlin.

Schon vor drei Jahren hat Vf. über seine überaus günstigen Erfolge bei der Behandlung der Lungentuberkulose mit Thiokol berichtet. Jetzt hat er den Kreis der Anwendung dieses Präparats weitergezogen. Nicht nur bei der Tuberkulose, auch bei der Skrofulose wurde es verabfolgt. Sehr gefördert wurde diese Verabreichung bei Kindern durch diejenigen Eigenschaften des Thiokols, welche ja auch in der Tuberkulosetherapie für diesen Arzneikörper den so großen Fortschritt gegenüber dem Kreosot bedeuten: die vollkommene Geruchlosigkeit und den nicht unangenehmen Geschmack. Es wird ausnahmslos gut vertragen. Nach Ansicht des Vf. ist das Thiokol ein Heilmittel, welches alle therapeutischen Wirkungen des Kreosots und das Guajakols in sich vereinigt, ohne deren ungünstige Eigenschaften mit ihnen zu teilen.

Auch ist das Thiokol ein ausgesprochenes Stomachikum, es wirkt fast immer günstig auf den Appetit und auf das Allgemeinbefinden ein. Die Mehrzahl der Kranken hielt sich sehr gut unter dem Thiokol, dieselben wurden kräftiger und frischer. Ebenso deutlich und zweifellos ist nach Ansicht des Vf. die günstige Wirkung des Medikaments gegenüber den Nachtschweißen. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 2, 1904.) Laub.

Physikalische Therapie.

Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie. Von Prof. Rieder.

Die natürlichste, intensivste und billigste Lichtquelle ist die Sonne. Das Sonnenlicht findet therapeutische Verwendung behufs Einwirkung auf den Gesamtorganismus beim Gebrauch der eigentlichen Sonnenbäder und der Lichtluftbäder. Man spricht von Sonnenbädern wenn eine regelmäßige und methodische Bestrahlung des entblößten Körpers entweder im Freien oder in schonenderer Weise für die Haut in Glashäusern vorgenommen wird. Die allgemeine Lichtwärmewirkung auf den ganzen Körper erfolgt bei diesen Bädern durch das direkte Sonnenlicht bei einer Temperatur von 42 bis 48 ° C. und unter geeigneten Schutzvorrichtungen für den Kopf und die Augen. Natürlich ist auch bezüglich der Dauer eines Sonnenbades der Individualität Rechnung zu tragen. Die Wirkung des Sonnenbades besteht in einer Anregung der Zirkulations- und Sekretionsvorgänge in der Haut, d. h. in Hauthyperämie und Schweißbildung. Hiebei erfolgt Anstieg der Puls- und Atemfrequenz und der Körpertemperatur infolge der Wärmezufuhr und der gestörten Regulation der Eigenwärme. Ferner erfolgt Steigerung der Wärmeproduktion, erhöhter Stoffverbrauch, welcher bei der relativ langen Dauer eines Sonnenbades immerhin in Betracht kommt. Eine spezifische photochemische Wirkung der Lichtstrahlen ist nicht sicher, trotzdem hat die Therapie mit Sonnenbädern wissenschaftliche Berechtigung. Es ist jedenfalls ein ideales Schwitzbad ohne jede Belästigung. Nach dem Gebrauch besteht ein angenehmes Erfrischungsgefühl, Wohlbehagen, Anregung des Appetits, guter Schlaf. Eine untergeordnete Be-

Digitized by Google

deutung spielt das Lichtluftbad, richtiger Luftbad, in dem die Kranken stundenlang nackt oder wenig bekleidet in freier Luft umhergehen. Es handelt sich hier vorwiegend um die Wirkung eines thermisch mechanischen Reizes, der durch die bewegte Luft auf die entblößte Haut ausgeübt wird. Die Lichtwirkung kommt, da hauptsächlich diffuses Tageslicht einwirkt, kaum in Betracht. Die Wirkung des genannten Kältereizes kann noch gesteigert werden dadurch, daß man das Sonnenbad mit dem Lichtbad kombiniert und so Wärme und Kältereiz nacheinander auf die Haut wirken läßt. Eine mildere Form des Lichtluftbades ist die für skrofulöse und rhachitische Kinder, indem man dieselben im sonnenbeschienenen Zimmer bei geöffnetem Fenster umhergehen läßt.

Zur lokalen Lichtbehandlung wird das Sonnenlicht in konzentriertem Zustand verwendet. Zu diesem Zwecke hat Dr. Finsen die Verwendung plankonvexer Hohllinsen aus Glas von 30—40 cm Durchmesser empfohlen. Die behufs Filtration des Lichtes, d. h. um die Wärmestrahlen möglichst auszuschalten und die kaustische Wirkung des Lichtes zu vermeiden, mit blaugefärbtem destilliertem Wasser gefällt werden. Dieses konzentrierte Sonnenlicht wird zur lokalen Behandlung von Hautkrankheiten, besonders Lupus, benützt. Da aber das Sonnenlicht nicht immer zur Verfügung steht, wird jetzt nur konzentriertes elektrisches Bogenlicht zu dem genannten Zwecke verwendet. Das elektrische Glühlicht, welches wegen seines geringen Gehaltes an kurzwelligen Strahlen nur unbedeutende chemische Wirkungen entfaltet, gebraucht man meist zur allgemeinen und nur selten zur lokalen Behandlung. Wie im Sonnenbad, kommt auch im Glühlichtbad in erster Linie strahlende Wärme — im Gegensatz zu der leitenden Wärme anderer Schwitzprozeduren — in Betracht. Es ist höchst wahrscheinlich, daß die strahlende Wärme tiefer in die Haut eindringt und stärkere Reizung derjenigen Nerven bewirkt, welche die Tätigkeit der Schweißdrüsenzellen beeinflussen als die leitende Wärme. Im Glühlichtbad kommt es unter vermehrter Herz- und Atemtätigkeit zu Hyperämie und Schweißbildung. Eine Eindickung des Blutes erfolgt nicht, da das Wasser den Geweben entzogen wird, ebenso bleibt eine morphologische und chemische Veränderung des Blutes aus. Der Stoffwechsel wird wenig beeinflußt. Die Körpergewichtsabnahme ist lediglich auf Wasserverbrauch zurückzuführen.

Die Vorzüge des Glühlichtbades im Vergleich zu anderen Schwitzbädern besteht im raschen Auftritt von reichlichem Schweiß schon bei niedriger Temperatur (40 ° C.), die genaue Regulierbarkeit der Wärmezufuhr. Nach dem Glühlichtbade besteht Wohlbehagen, Appetitsteigerung und guter Schlaf. Wegen der mit der Glühlichtbestrahlung einhergehenden Anregung der Herztätigkeit ist bei schwächlichen an Lungen- und Herzkrankheiten Leidenden Vorsicht geboten. Ein besonderer Vorzug gegenüber anderen Methoden der Schweißerregung besteht nicht. Indiziert sind die Glühlichtbäder wie die Sonnenbäder, Dampfbäder und andere Schwitzbäder als Vorbauungsmittel gegen Krankheiten und außerdem bei allen Erkrankungen innerer Organe, in denen thermotherapeutische Methoden überhaupt am Platze sind: bei Stauung innerer Organe, zur Beseitigung hydropischer Ergüsse, behufs Anregung des Blut- und Säftestromes bei Anämie und Chlorose, zur Anbahnung der Resorption bei Exsudaten der Pleura und des Beckens, behufs Ausscheidung toxischer Stoffe bei Vergiftungen, Syphilis, Malaria und zur Anregung der Hauttätigkeit bei Skrofulose und Tuberkulose. Zur Behandlung von Krankheiten mit verlangsamtem Stoffwechsel eignen sich mehr die Sonnen- als die Glühlichtbäder. Behufs örtlicher Anwendung des Glühlichtes wird die strahlende Wärme einzelner Glühlampen verwendet, die jedoch höchstens eine halbe Stunde vertragen wird, wegen des auftretenden Brennens und heftigen stechenden Schmerzes, da die Lichtquelle von der Haut nicht sehr entfernt ist. Sie haben nur resorptionsfördernde Wirkung.

Eine weitere künstliche Lichtquelle, welche der Lichttherapie zu Gebote steht, ist das elektrische Bogenlicht, bei welchem wegen des reichen Gehaltes an chemisch wirksamen Strahlen, die Wärmewirkung

Digitized by Google

von der Lichtwirkung bedeutend übertroffen wird. Nicht konzentriertes Bogenlicht wird zu allgemeiner, konzentriertes zu lokaler Behandlung verwendet. Die ersteren haben sich als Freilichtbäder statt der Sonnenbäder wegen ihrer zu starken Hautreizung nicht bewährt, auch als Bogenlichtbäder im Schwitzkasten eignen sie sich nicht, weil sie die Haut zu stark reizen, zweitens, weil die Lichtwärmewirkung bedeutend geringer ist wie beim Glühlichtbad, endlich entwickeln sich im Bogenlichtkasten gesundheitsschädliche Gase. Die Kombination von Bogen- und Glühlichtbädern bietet keinerlei Vorzüge.

Eine Konzentration der Strahlen des elektrischen Bogenlichtes erzielt man mit dem mit selbsttätiger Reguliervorrichtung versehenen Bogenlichtreflektor. Um das Gros der Wärmestrahlen auszuschalten und nur chemische Strahlen anwenden zu können, werden den Scheinwerfern aus blauen Gläsern bestehende Bestrahlungsfilter oder blaue wässrige Lösungen vorgeschaltet. Trotzdem ist eine Tiefenwirkung ausgeschlossen; auch zur Lupusbehandlung ist diese Methode ungeeignet. In ein- bis zweistündiger Bestrahlung sollen sie infolge ihrer hyperämisierenden Wirkung Neuralgie und Exudate günstig beeinflussen.

Um das elektrische Bogenlicht zu therapeutischen Zwecken bei Hautkrankheiten zu verwenden, muß dasselbe meist stärker konzentriert werden, als mit Hilfe eines einfachen Reflektors möglich ist. Ein solch' konzentriertes Licht wurde zuerst von Finsen angewandt. Große Stromstärke und Konzentration des Lichtes durch Quarzlinsen, sowie Beseitigung der Hauptmasse der Wärmestrahlen sind unerläßliche Bedingungen und Finsens Apparat erfüllt sie. Die zur Verwendung kommenden konzentrierten chemischen Strahlen vermögen aber nur dann in die Tiefe des Hautgewebes einzudringen, wenn das Blut, welches diese Strahlen absorbiert vermittels wassergekühlter Quarzlinsen aus der Haut verdrängt wird. Wie bei Röntgenstrahlen handelt es sich auch hier um eine entzündliche Wirkung des Lichtes, welche allmählich in die Tiefe vorschreitet und auf indirektem Wege ein Zugrundegehen der Bazillen bedingt, indem ihr Nährboden durch die entzündlichen Vorgänge für ihre Lebensbedingungen untauglich wird. Mit dem Abklingen der entzündlichen Erscheinungen kommt es in dem erkrankten Hautgewebe zur Aufsaugung krankhafter Produkte. Der Eintritt einer solchen lokalen Gewebsreaktion ist zur Heilung von Hautkrankheiten unbedingt erforderlich. Fraglich ist es, ob nicht doch auch die Wärmestrahlen bei der Heilung der Hautkrankheiten eine Rolle spielen. Die Finsen-Behandlung ist eine sichere, zuverlässige, schmerzlose und unschädliche Methode und liefert ein gutes kosmetisches Resultat, indem sie eine glatte, weiße Narbe zustande bringt.

Zuweilen wird farbiges Licht für lokale und allgemeine Behandlung verwendet: Chromotherapie. Dieselbe fußt auf der Tatsache, daß Eigenschaften und Wirkung der einzelnen Spektralfarben in physikalischer, chemischer und biologischer Hinsicht mannigfache Verschiedenheiten zeigen. Zur Allgemeinbestrahlung sind monochromatische Lichtsorten erforderlich. Für die lokale Anwendung farbigen Lichtes läßt man die Lichtstrahlen durch Lichtfilter hindurchtreten. Auf Grund der Beobachtungen, daß die Psyche durch farbiges Licht verschieden beeinflußt wird, hat man bei Verlangsamung der psychischen Funktionen Rotlicht, bei Steigerung derselben Blaulicht zur Allgemeinbehandlung verwendet.

Das rote Licht beeinflußt den Verlauf krankhafter Prozesse der Haut günstig, z. B. Pocken, bei welchen die Pustelbildung auf die Art hintangehalten werden kann, ebenso Narbenbildung, auch Erysipel soll günstig beeinflußt werden, ebenso Scharlach und Masern, und bei gewissen Formen von Ekzem.

Die blauen Strahlen werden von den oberflächlichen Gewebsschichten absorbiert, sie wirken daher nicht in die Tiefe. Man hat aber gute Erfolge des blauen Lichtes bei Neuralgien, Neuritiden und rheumatische Schmerzen berichtet, auch bei Tuberkulose; der Erfolg könnte höchstens der strahlenden Wärme zugeschrieben werden.

Eine neue wirksame Bestrahlungsmethode ist die Radiotherapie. Die Röntgen-

Digitized by Google

strahlen dringen wohl tiefer als gewöhnliche Lichtstrahlen, aber trotz dieser Eigenschaft und ihrer bakterientötenden Fähigkeiten ist eine Heilwirkung bei Tuberkulose nicht zu erzielen, weil die dazu benötigte Strahlendosis das Hautgewebe zu stark schädigen würde.

Wie in der Phototherapie ist auch in der Radiotherapie die Erzielung einer Lichtreaktion Vorbedingung für ihre Heilwirkung. Der zwischen der Bestrahlung und der sichtbaren Reaktion liegende Zeitraum, die Latenzperiode, beträgt durchschnittlich 15 Tage. Der Beginn der Reaktion äußert sich in Rötung, Turgeszenz der Haut, Lockerung der Haare, Pigmentanomalien, Brennen, Spannen und Jucken. Haarausfall erfolgt erst mehrer Tage nach der Reaktion. Das Auftreten einer leichten, nach wenigen Sitzungen sich einstellenden Hyperämie ist kein Grund, die Bestrahlung zu unterbrechen. Man unterscheidet vier Stadien der Reaktion: Hyperämie, Blasenbildung, Ulzeration, Nekrose. Zur Erzielung eines therapeutischen Erfolges sind reaktiventzündliche Vorgänge in der Haut absolut nötig, aber zur Heilung mancher Hautkrankheiten ist eine stärkere, zur Heilung anderer eine schwächere Reaktion erforderlich.

Immer sind Schutzvorrichtungen für die gesunde Haut anzubringen, d. h. die hier auftreffenden Röntgenstrahlen müssen durch aufgelegte, zirka $^1/_2$ mm dicke Metallplatten aufgefangen werden; hiezu eignet sich besonders das Blei, und zwar wegen seiner großen Absorptionsfähigkeit für diese Strahlen, als auch wegen seiner Plastizität. Die Bleiplatte absorbiert die Röntgenstrahlen allerdings nur zum weitaus größten Teile, aber doch so stark, daß das Auftreten einer Reaktion in diesem Hautbezirke ausgeschlossen ist.

Was die Indikation zur lokalen Anwendung der Strahlentherapie, d. h. die Behandlung mit Röntgen-Licht, sowie mit konzentriertem elektrischen Licht anlangt, so lassen sich die entzündungserregenden Eigenschaften der Strahlen beider Lichtsorten bei den verschiedensten Hautkrankheiten verwenden: in geringer Dosis als Anregungsmittel für den Haarwuchs, in oftmaliger und intensiver Bestrahlung bei Hypertrichosis, bei Favus, Sykosis, Herpes tonsurans, Alopecia areata, Naevus vasculosus, Acue vulgaris und rosacea, Furunkulose, Eczema chronicum, Psoriasis vulgaris, Mykosis fungoides, Tuberculosis cutis, Lupus erythematosus, Skrofuloderma, Unterschenkelgeschwüren, Mal perforant, Syphiliden, Narbenkeloiden und Fisteln der Bauchhaut. Die größten Erfolge hat die Lichtbehandlung bei Lupus vulgaris aufzuweisen, und zwar ist die Finsen-Behandlung wirksamer als die Röntgen-Behandlung. Für die Behandlung des Schleimhautlupus ist die Radiotherapie der Bestrahlung mit konzentriertem elektrischen Licht vorzuziehen. Die Wirkung beruht nicht auf Tötung der Bakterien, sondern auf der entzündlichen Hyperämie. Bei Lupus erythematosus ist nur Besserung zu erwarten. Auch Ulcus rodens und Epitheliome sind der Behandlung mit Röntgenstrahlen zugänglich und werden, wenn keine regionäre Drüsenschwellung besteht, Dauerheilungen erzielt; auch Sarkome und Karzinome sind mit Erfolg behandelt worden.

Pathologisch-anatomische Untersuchungen haben ergeben, daß die Heilung bei Lupus durch Zerfall und Aufsaugung der kranken Zellelemente und Ersatz derselben durch reichliche Bindegewebsbildung erfolgt, es findet keine ätzende, sondern eine resorbierende Wirkung statt, daher auch der gute kosmetische Erfolg.

In den letzten Jahren wurden die Uranstrahlen, nach ihrem Entdecker auch Becquerelstrahlen genannt, sowie Radiumstrahlen zum Gegenstand physikalischer, physiologischer und bakteriologischer Untersuchungen gemacht. Die schwierige Darstellung radioaktiver Substanzen und deren hoher Preis bieten ein Hindernis für Versuche und Therapie. — (Wien. med. Presse Nr. 43—45, 1903.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Zur Therapie der Gastroptose. Von Dr. Coste.

Vf. teilt zwei Fälle von Gastroptosis mit, die er auf operativem Wege gebes-

Digitized by Google

sert hat. Im ersten Falle hat er die kleine Kurvatur an das Peritoneum parietale angenäht und im zweiten Falle hat er nach der Bier'schen Methode die erschlafften Aufhängebänder des Magens verkürzt und auf diese Weise den Magen gehoben. Auffallend war die Besserung beim zweiten Patienten, der in kurzer Zeit nach der Operation an Gewicht 10 kg zunahm; das Erbrechen hörte vollständig auf.

Auf Grund dieser Beobachtungen glaubt Vf., daß die Operation der Enteroptose in den Fällen sehr wohl berechtigt ist, wo sich die Beschwerden in einem Organ (in seinen zwei Fällen im Magen) lokalisieren, wenn dieselben einen ganz bestimmten Charakter tragen und so hochgradig sind, daß sie das Leben gefährden. Wenn die internen Mittel erschöpft sind, dann kann der Chirurg eingreifen und er wird bei vorsichtiger Indikation, Aussicht auf Erfolg haben. — (Langenb. Arch., Bd. 71, Nr. 3.) E.

Zur Behandlung des Milzbrandes mit intravenösen Injektionen von löslichem Silber (Collargol). Von Dozent Dr. Baracz.

Vf. hat Gelegenheit gehabt, 3 schwere Fälle von Antrax des Gesichtes und des Vorderarmes mit intravenösen Injektionen von 1%iger Kollargollösung zu behandeln und ist zur Ueberzeugung gelangt, daß diese Behandlung den Verlauf des Prozesses günstig beeinflußt. Alle Patienten zeigten schwere Allgemeinerscheinungen, hohes Fieber, Abgeschlagenheit, progrediente, rasche Ausdehnung der Infiltration. Im Anschluß an jedesmalige Injektion fühlten sich die Patienten erleichtert und die Temperatur fiel nach kurzer Steigerung bald ab; nach jeder Injektion stellte sich aber ein Schüttelfrost ohne weitere Folgen ein.

Die Menge der injizierten Flüssigkeit war ziemlich groß; es wurden 10—30 cm^3 1%iger Kollargollösung injiziert und diese Prozedur einigemal bis zum vollständigen Temperaturabfall wiederholt. Die Technik der Injektion ist einfach, es ist nur insoferne Vorsicht geboten, als es notwendig erscheint, die frisch bereitete Kollargollösung absetzen zu lassen, damit keine größeren Silberpartikel in die Spritze aufgesogen werden. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 70, H. 2.) E.

Experimentelle Untersuchungen und Erfahrungen über Leitungsanästhesie. Von Dr. H. Braun.

In der modernen Chirurgie herrscht allgemein das Bestreben, die Allgemeinnarkose durch Lokalanästhesie zu ersetzen, um den Operationen einen großen Teil der ihnen anhaftenden Gefahr zu nehmen. Die Oberst'sche, Schleich'sche, Bier'sche Lokalanästhesie sind die sichtbaren Erfolge dieser Bestrebungen. Auch Vf. hat sich viel mit Experimenten über Lokalanästhesie beschäftigt und gefunden, daß bei genauer Kenntnis der anatomischen Verhältnisse, und zwar der Ausbreitungsbezirke der einzelnen Nerven, mittels endo- und perineuraler Kokaininjektion große Körperstrecken, sowohl an den Extremitäten wie auch am Halse, vollständig anästhetisch gemacht werden können.

Auf diese Weise gelang es dem Vf., größere Operationen an der Mittelhand und dem Mittelfuße, Exstirpationen von Geschwülsten am Vorderarm, Inzision von großen Hand-, Vorderarmphlegmonen, Exstirpation von Lymphdrüsen etc. schmerzlos auszuführen.

Die Injektionsstellen werden so gewählt, daß sie in unmittelbarer Nähe des Nervenstammes oder der Austrittsstelle aus der Faszie gelegen sind; wenn dann die Kokainlösung den Nerven durchtränkt hat, kommt es zu vollständiger Anästhesie des von ihm versorgten Gebietes. Die Dauer des Eintrittes der Anästhesie ist verschieden; manchmal tritt dieselbe erst nach 30 Minuten ein. Auch vermittels querer streifenförmiger, subkutaner Injektion anästhesierender Flüssigkeiten gelingt es, einen Teil des peripherwärts vom Streifen gelegenen Hautbezirkes unempfindlich zu machen; ebenso kann man eine nicht allzu große Körperpartie durch zirkuläre Injektion vollständig anästhesieren. Genaues über die Topographie der Nerven und über die Stellen, von welchen ihre Anästhesierung am bequemsten vorgenommen wer-

Digitized by Google

den kann, ist in der Originalarbeit nachzulesen.

Als Injektionsflüssigkeit diente im Anfang für kleinere Operationsterrains $^1/_2$ bis 2%ige Kokainlösung. Später überzeugte sich Vf., daß eine Abschnürung der Extremität behufs Unterbrechung der Zirkulation den Eintritt der Anästhesie beschleunigt. In derselben Weise wirkte auch ein Zusatz von Adrenalin zur Kokainlösung in der Menge von 1—2 Tropfen der käuflichen Lösung (1 : 1000) auf 1 cm³ Kokainlösung. Der Adrenalinzusatz gestattet es, mit der Konzentration der anästhesierenden Flüssigkeiten herunterzugehen und gewährt noch den Vorteil, daß die Anästhesie länger als sonst dauert (2—5 Stunden).

Zur Anlegung von Injektionsstreifen oder -Ringen benützte Vf., da hier größere Mengen Flüssigkeiten gebraucht werden, $^1/_2$%ige Eucainlösung mit Adrenalinzusatz (1 Tropfen auf 10 cm³), die in Mengen von 25—30 cm³ sicher gut vertragen wird. Ein weiterer Vorteil der Adrenalinlösung ist die Blutleere des Operationsfeldes.

Für direkte Injektion in den Nerven (endoneurale Injektion) eignen sich nur jene Nervenstämme, die direkt unter der Haut liegen. Die Anästhesie tritt in diesem Falle sofort nach der Injektion ein.

Trotz der großen Vorteile, die die Leitungsanästhesie bietet, ist ihre Anwendung dennoch eine beschränkte. Nur wer sich zu beschränken weiß, wird Nutzen von ihr ziehen. Die allzuweite und prinzipielle Anwendung derselben hat vielfache Bedenken. Man muß stets auch die Psyche des Patienten berücksichtigen und in der Auswahl der Fälle vorsichtig sein. — (Langenb. Arch., Bd. 71, H. 1.) E.

Zur Behandlung der Gesichtslähmung durch Nervenpfropfung. Von Dr. P. Hackenbruch.

Vf. hat den von Manasse u. a. gemachten Vorschlag im Falle von unheilbaren Gesichtslähmungen Pfropfungen von benachbarten, weniger wichtigen Nerven auf den Nervus facialis vorzunehmen, ausgeführt und zwar benützte er zu diesem Zwecke den N. accessorius, von dem er zwei Drittel zum Zwecke der Pfropfung abtrennte, während der Rest mit dem Muskel in Verbindung blieb. Die Lähmung der Gesichtshälfte besserte sich langsam, das Auge blieb nicht mehr so weit offen wie früher, der gelähmt gewesene Muskel konnte nach einiger Zeit nach außen verzogen werden und es ist eine weitere Besserung durch Uebung zu erwarten. Die beigegebenen Photographien illustrieren den günstigen Erfolg. Bei dem Versuche, den Mundwinkel zu verziehen, traten anfangs Mitbewegungen in der Schulter und dem M. sternocleidomastideus ein. — (Langenb. Arch., Bd. 71, Nr. 3.) E.

Zur Resektion der Oberschenkel-Diaphyse bei malignen Tumoren. Von Med.-Rat Dr. Borchard.

Vf. teilt die Krankengeschichte eines Falles von Sarkom der Oberschenkeldiaphyse mit Spontanfraktur bei einer 23jährigen Patientin mit, bei welcher er trotz der Größe der Geschwulst nicht die Amputation des Oberschenkels machte, sondern sich mit einer Resektion eines 26 cm langen Stückes aus der Diaphyse begnügte. Die Funktion der Extremität ist eine relativ gute, Patientin kann mit Hilfe eines Schuhes mit erhöhter Sohle gut gehen. Allenfalls mußte die Patientin lange Zeit das Bett hüten, da trotz der Knochennaht, die knöcherne Vereinigung erst nach vier Monaten begann und nach $5^1/_2$ Monaten vollendet war.

Bei langsam wachsenden Tumoren, welche das Allgemeinbefinden der Patientin nicht sehr alterieren, ist diese konservierende Operation der Amputation oder Exartikulation vorzuziehen, oder man kann sogar noch einen Versuch mit der Exkochleation der Geschwulstmassen machen, wie dies in mehreren Fällen anderer Autoren mit gutem Erfolge bereits geschehen ist.

In dem Falle des Vf. hat sich die anfangs viel zu lange Muskulatur im Laufe der Zeit bedeutend verkürzt und die Funktion der Muskeln sich den neuen Anforderungen derart angepaßt, daß die Patientin die Extremität bei fast ganz gestrecktem Kniegelenk aufheben kann. — (Langenb. Arch., Bd. 71, Nr. 3. E.

Digitized by Google

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber prophylaktische Perineotomie während der Geburt. Von W. Mandelberg.

Vf. hat an der unter der Leitung des Prof. O t t stehenden Hebammenklinik zu Petersburg 66 Perineotomien während der Geburt ausgeführt. Von den 66 Frauen waren 62 Primiparae. Die Technik der Operation war folgende: Das Perineum wurde schichtweise der Raphe nach von außen nach innen $2^1/_2$—3 cm nach hinten vom Frenulum mit dem Messer durchschnitten. Es wurde immer bis zur Linea biischiadica, zuweilen bis zum Sphinkter eingegangen. Der Schnitt wurde während einer Wehe geführt. Nach der Ausstoßung der Plazenta wurde die Wunde stets in Chloroformnarkose genäht. Die Perinealnähte wurden am 4.—6. Tage, die Vaginalnähte am 8. Tage entfernt. Vf. zieht auf Grund seiner Beobachtungen folgende Schlüsse: Die Technik der Ausführung und Naht der Perineotomie ist sehr leicht im Vergleich zu jener bei seitlichen Inzisionen und bei Zerreißungen. 2. Die Funktion des Perineums wird viel besser hergestellt als bei der seitlichen Inzision und Zerreißungen. 3. Die Wundheilung ist eine bessere. 4. Der Widerstand des Beckenbodens wird vollkommener beseitigt und infolge dessen die Geburt wesentlich erleichtert, respektive beschleunigt. 5. Der Schnitt verbreitet sich nicht auf das Rektum, nur muß der Kopf nach der Perineotomie langsam und vorsichtig herausgeleitet werden. 6. In gewissen Fällen ist die Zerreißung des Perineums ohne unblutige Methoden nicht zu verhüten. 7. Die Perineotomie ist in vielen Fällen indiziert, um gefährlichen Komplikationen aus dem Wege zu gehen. 8. Eine Zerreißung der Perinealmuskulatur ist in gewissen Fällen mangelnder Elastizität der Muskelelemente und der Frucht unvermeidlich. 9. Die Perineotomie ist in den sub 6, 7 und 8 aufgezählten Fällen im Vergleich zur Zerreißung des ganzen Perineums und besonders der inneren Muskulatur viel ungefährlicher. 10. Die Indikation für die Perineotomie ist leicht. 11. Die Indikation kann nur während des Durchschneidens des Kopfes gestellt werden und stützt sich auf die Messung des durchschneidenden Kopfsegmentes und gleichzeitiger Beobachtung des Perineums. 12. Gewöhnlich dienen als Indikationen: Geburt bei alten I. parae, pathologische Zustände der Weichteile (Syphilis, Narben, Geschwüre u. s. w.), der spitze Winkel des Schambeines, jede Kindeslage außer Hinterhauptslage, operative Geburt (Zange, Extraktion). 13. Die Möglichkeit von Fehlern ist sehr minimal, da 14. jede Geburt mit Störung der Funktion der Muskelelemente verbunden ist, die mit dem Grade des Mißverhältnisses zwischen Elastizität und Objekt wächst und 15. bei gewisser Summation und Intensität der ungünstigen Umstände eine starke Zerreißung der Muskelelemente verhindert werden kann. 16. Indikation zur Perineotomie ist in jenen Fällen vorhanden, wo behufs Geburtsbeschleunigung der Widerstand des Beckenbodens beseitigt werden muß, 17. wo bei kleinem Kopfsegment der Frucht sich auf dem Perineum Zeichen der Blutzirkulationsstörung zeigen (Flecken, Oedeme), 18. wo bei kleinem Kopfsegment ein Frenulumriß erscheint, 19. wenn bei einer Zangengeburt bei den ersten Traktionen eine starre Spannung beobachtet wird. 20. In pathologischen Fällen (Narben etc.) ist die Perineotomie wegen bequemer Vernähung der Wunde die beste Methode. 21. Die Schnittgröße hängt ab von dem Grade des Nichtentsprechens der Haut, Durchschneiden des Muscul. sphincter ani, des vorderen Teiles des Muscul. transversus bis zur Linea biischiadica. 22. Die Vernähung muß nach dem Typus der gewöhnlichen Wiederherstellung des Perineums ausgeführt werden, wobei zuerst die Vagina, dann das Perineum genäht wird. 23. Die Perineotomie ist der Zerreißung vorzuziehen, weil die Naht leichter ist, die Heilung eine bessere ist und die Funktion verläßlicher hergestellt wird. 24. Die Perineotomie ist besser als die seitliche Inzision, da sie außer den sub 23 genannten Gründen die Zerreißung der Muskeln verhindert, was die Erhaltung der Funk-

Digitized by Google

tion des Perineums sichert, welch letztere besonders bei inneren Zerreißungen vollständig vernichtet wird. — (Journ. akouscherstwa i shensk. bolesnej Nr. 5 und 6, 1901.) Königstein.

Die Desinfektion der Hand des Geburtshelfers und Chirurgen. Von Ahlfeld.

Vf. hat in dieser Richtung ausführliche Untersuchungen angestellt und ist zu folgenden Schlüssen gelangt: Von den bisher üblichen Desinfektionsmitteln, wie Karbol, Lysol, Sublimat, leistet keines bei der Desinfektion der Hände auch nur annähernd so viel als Alkohol in Verbindung mit vorausgegangener Heißwasser-Seifenwaschung. Sollte Karbol und Lysol eine sichere Händesterilisation erzeugen, dann müßte es in einer Konzentration in Anwendung gezogen werden, welche die Hand nicht mehr verträgt. Da das Sublimat in wässeriger Lösung nicht tief in die Haut eindringen kann, so hat es für die Händedesinfektion nur ganz untergeordneten Wert. Daher eignet es sich nur in Verbindung mit Alkohol, doch wirkt bei dieser Lösung der Alkohol ebenso kräftig als das Sublimat. Der Alkohol besitzt infolge seiner ungemeinen Diffusionskraft die Fähigkeit, tief in die vorher durchfeuchtete Oberhaut eindringen zu können, und beruht seine bakterizide Wirkung auf dem ihm eigenen Vermögen, den Mikroorganismen das Wasser zu entziehen. Ob ihm sonst noch eine spezifische Giftwirkung zukommt, ist noch nicht sichergestellt. Bei einer zumindest 5 Minuten dauernden Anwendung des hochprozentigen Alkohols ist die Wirkung eine so tiefgehende, daß man von einer wirklichen Sterilisierung der Hand sprechen kann. Dann ist auch nicht zu befürchten, daß nach einer halben bis ganzen Stunde aus der Tiefe Mikroorganismen an die Oberfläche wandern, die eine Infektion des Operationsfeldes verursachen können. Will man aber diesem Zwischenfalle vorbeugen, so braucht man nur die Hand von Zeit zu Zeit in sterilem Wasser abzuspülen und sie dann noch feucht $^1/_2$ Minute in 96%igem Alkohol zu halten oder mit Flanell abzureiben. Alle pathogenen Bakterienarten, mit welchen im gewöhnlichen Krankenhausbetriebe und in der Praxis von Seite des Arztes, der Hebamme oder sonstigem Wartepersonal zu rechnen ist, werden von 96%igem Alkohol getötet. Die desinfizierende Kraft des Alkohols nimmt durch Verdünnung ab, ist jedoch bis zu 48% in bemerkenswerter Weise nachzuweisen. Vorher nicht durchfeuchtete Haut läßt einen dünnen Alkohol besser ein als einen hochprozentigen. Mit dem Grade der Verdünnung nimmt jedoch der Erfolg ab. Die Heißwasser - Seifen - Alkoholdesinfektion muß gelernt und geübt werden. Nicht unterlassen soll man es, auf die individuelle Beschaffenheit der Hand, speziell der Finger Rücksicht zu nehmen. Vf. ist dafür, auch den Hebammen diese Händedesinfektionsmethode zu gestatten. Lysol sollte überhaupt nicht mehr in Anwendung gezogen werden. An seiner Stelle empfiehlt er das 3%ige Seifenkresol. — (Samml. klin. Vortr., N. F. Nr. 310/311, Leipzig, Breitkopf & Härtel.) Königstein.

Vaginafixur und Geburt. Von A. Rieck.

Vf. berichtet über 1000 Vaginofixationen des Uterus, die Martin im Zeitraum von 1893—1899 vollführte. Martin konnte in diesem verhältnismäßig kurzen Zeitraume so viele Vaginofixationen verzeichnen, weil er jede vordere Kolpotomie mit der Annähung des Uterus an die Scheide beendete. 391mal wurde wegen fixierter Retroflexio operiert. Darunter verliefen 4 Fälle tödlich (zweimal Sepsis, durch ausfließenden Darminhalt hervorgerufen, einmal Infektion durch Platzen eines Pyosalpinx, einmal Urininfiltration bei gleichzeitiger Blasenscheidenfistel). 49mal wurde bei mobiler Retroflexio operiert und war kein Todesfall zu verzeichnen, 216mal wegen Retroflexio und Descensus vaginae mit einem Exitus lätalis wegen Embolie. Mithin zusammen 656 Operationen mit 5 Todesfällen = 0·77%. Die übrigen Kolpotomien wurden auf verschiedene, meist schwerste Indikationen hin gemacht. Darunter verliefen 10 tödlich (Sepsis, Nachblutung, Embolie). Im ganzen also 15 Todesfälle auf 1000 Operationen = 1·5%. Bei 30 von diesen 1000 operierten Frauen war man in der Lage, Geburten zu beobachten, und

Digitized by Google

zeigte sich dabei, daß die Technik der Uterusannährung von deutlichem Einfluß auf die Art der Geburtsstörung war. Martin fixierte bis zum Jahre 1897 das Korpus mit drei Nähten, die Zervix mit einer Naht an die Scheide. In 15 Fällen, wo die Gebärmutter auf diese Weise angenäht worden war, verlief die Geburt glatt, jedoch protrahiert. In 5 Fällen kam es zu schwerer Geburtsstörung, und zwar 1. wegen extremster Verlagerung des Muttermundes nach hinten mußte Sectio cäsarea gemacht werden und trat Exitus lätalis ein; 2. Wendung, da der Kopf statt gegen den Muttermund gegen die vordere Zervixwand andrängte und die hintere Muttermundlippe dick und unnachgiebig blieb; 3. aus derselben Ursache doppelte Inzision der hinteren Muttermundlippe mit nachfolgendem Forzeps; 4. wegen Querlage Wendung — es wurde ein totes Kind gebracht; 5. zwei Geburten, jedesmal Wendung. Kind tot. Mithin war unter 20 Geburten fünfmal Kunsthilfe notwendig = 20%. In den extremsten Fällen ist die Sectio cäsarea durch den vorderen Zervixschnitt nach Rühl zu ersetzen; bei Fällen wie Fall 2 und 3 sind Inzisionen der Zervix und weiterhin Forzeps oder Wendung auf den Fuß indiziert. Nach dem Jahre 1897 hat Martin stets die niedere Vaginae fixatio gemacht. Durch Vaginalwand, Bauchfell und Uterus (4 bis 5 cm unterhalb des Fundus) wird eine starke Katgutnaht geführt, unterhalb derselben werden noch zwei Nähte durch Vagina und Uterus gelegt, eine im Isthmus, eine im Kollum. Nach dieser Methode der Fixation verliefen 10 Geburten ohne jede Störung und scheint die niedere Fixation bezüglich der Rezidive dieselben guten Resultate zu geben wie die hohe, welch letztere bei Frauen im konzeptionsfähigen Alter heutzutage ganz zu verwerfen ist. Die Stelle der Vagina, durch welche bei der niederen Fixation der oberste Faden durchgezogen wird, darf nicht mehr als 3—5 cm von der Urethralöffnung entfernt sein. Das in Verwendung kommende Instrumentarium ist sehr einfach, Unterbindungen sind nicht nötig, die Fäden brauchen nicht entfernt zu werden. Wurde keine Scheidenplastik gemacht, dann kann die Entlassung aus der Klinik gewöhnlich am 15. Tage erfolgen, und empfehlen sich zur Nachbehandlung täglich heiße Scheidenspülungen mit Lugol'scher Lösung (1 Eßlöffel auf 1 l Wasser), sowie Sitzbäder mit Eichenrinde durch 6 Wochen hindurch. Bezüglich der Indikationsstellung der Vaginaefixation ist zu bemerken, daß die fixierte Retroflexio mit Perimetritis die Hauptindikation abgibt. Die Verwachsungen werden mit dem Finger stumpf gelöst, was selbst bei breiten Verwachsungen mit dem Rektum gelingt. War die Entzündung das Primäre und wurde der Uterus durch schrumpfende Exsudate sekundär nach hinten gezogen, dann ist die Prognose wegen des oft noch intakten Bandapparats am besten. Weniger gut ist sie bei ursprünglich beweglicher Retroflexio mit sekundärer Perimetritis. Bei inkomplizierter Retroflexio genügt die Pessartherapie. Wenn wegen Scheidensenkung eine vaginale Operation notwendig ist, wird auch in diesen Fällen der Uterus vaginal fixiert. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. 14, H. 2.)

Königstein.

Dermatologie.

Eine neue Behandlungsweise für Lupus und bösartige Neubildungen mittels molekulärer Zertrümmerung durch kontinuierliche hochgespannte, hochfrequente Funkenströme. Von Dr. H. Strebel.

Durch Applikation kleiner Funkenströme, die ihre innere Energie nicht schon beim Ueberspringen längerer Funkenstrecken verlieren, glaubt Vf., die angegangenen Gewebe durch Erzeugung heftiger elektrolytischer, mechanischer und thermischer Effekte in ihrem Bestand zu alterieren. Die Texturen sollen hiebei nicht nur direkt histologisch geschädigt werden, sondern auch durch Erschütterung des den Zellen zukommenden trophischen Elements, eine derartige Modifikation erfahren, (?) daß die Zellen sofort oder rasch nach der Exposition absterben. Die die Tuberkelknötchen (soll wohl heißen

Digitized by Google

Lupusknötchen) umspinnenden Blutgefäße werden zerrissen, die Ernährung des Tuberkels und seiner Umgebung stockt, das Gewebseiweiß des letzteren gerät teilweise in Gerinnung. Diese abgetöteten Gewebe wirken als fremde Körper, welche durch eine reaktive Entzündung abgestoßen werden.

Obschon keinerlei histologische Belege beigebracht werden, konstruiert sich Vf. den Heilungseffekt, indem er eine durch Elektrifikation (?) bedingte moleküle Zertrümmerung der Lupusknoten annimmt, welche nach der Desorganisation teilweise mit der Sekretion abgestoßen, teilweise auch durch heftige Arbeit der reaktiven Entzündung resorbiert werden. Wenn Vf. zur Erhärtung dessen die bei der Applikation hochgespannter Funkenströme in der Haut ganz oberflächlich hervorgerufene kleinzellige Infiltration heranzieht, so dürfte in dieser Wirkungsart gewiß kein Heilfaktor für die Elimination der in der Kutistiefe versenkten Lupusplasmome gegeben sein.

Auch sollte die Prioritätssucht so weit eine Eindämmung erfahren, daß unausgearbeitete und in ihren wesentlichsten Details vorenthaltene Methoden nicht eher zur Veröffentlichung gelangen, als ein entsprechendes Testmaterial den Effekt derselben zu illustrieren geeignet ist. Ueber die Wahl des Instrumentariums läßt Vf. nur soviel verlautbaren, daß als Stromquelle ein großer Induktor dient und die Sekundärströme zum bekannten Primärsolenoid und von da zu einem richtig abgestimmten Resonator geleitet werden. Von dessen Schlußklemmen entnimmt Vf. den Hochfrequenzstrom, der mittels einer für diesen Zweck besonders konstruierten, jedoch nicht näher beschriebenen Elektrode appliziert wird.

Der kosmetische Effekt bei Lupus, Lupus erythematosus, Acne rosacea etc. soll ein äußerst befriedigender sein. Auch dagegen müssen vom theoretischen Standpunkte aus Bedenken aufsteigen, wenn man sich vergegenwärtigt, daß Vf., um die Heilung zu erzielen, den Gewebszerfall stets bis zur tiefreichenden Geschwürsbildung forciert, die ihrerseits stets eine mehrwöchentliche Heilungsdauer erfordert.

Ueber Euguformum solubile. Von Dr. Max Joseph.

Nach Erprobung des aus Guajakol und Formaldehyd hergestellten Euguforms als eines den Juckreiz beseitigenden und schmerzstillend wirkenden Präparats empfiehlt Vf. heute die 50%ige Azetonlösung desselben, mit der gleichen Indikation, die für die Anwendung des Ol. Cadin., sowie des Liqu. carbonis detergens anglicus (Wright & Comp.) Geltung hat.

In 100 Fällen von Prurigo, Lichen simplex chronic. und Pruritus ani etc. hat Vf. von der Bepinselung mit dieser Lösung gute Erfolge gesehen, namentlich ließ sich der zirkumanale Juckreiz bei Versagen von Bromokoll immer noch günstig beeinflussen.

Empfehlenswert ist die Teerverbindung auch noch als Schüttelmixtur. (Euguf. solub. 16·0, Zinc. oxyd. amyl. aa 20·0, Glyc. 30·0, Aq. dest. 100·0) bei Strophulus infantum. Diese Mischung wird tüchtig umgeschüttelt und 2—3mal täglich auf die kranken Stellen aufgepinselt. Sie trocknet in einigen Minuten ein und macht auf diese Weise jeden Verband überflüssig, ein für Kinder gewiß nicht zu unterschätzender Vorteil. — Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4, 1904.) N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Zur Prophylaxe der Enteritis mercurialis. Von L. Görl.

Wenn tatsächlich, den Auffassungen Unnas, Bönneckens und Bockharts entsprechend, die Enteritis mercurialis eine bakterielle Entzündung ist, eine Entzündung, deren Zustandekommen sich dadurch erklärt, daß die ohnehin im Darme stattfindenden Reduktionsprozesse durch die Quecksilberzufuhr maßlos gesteigert werden, so daß die hiedurch geschädigten Gewebe dem Eindringen der Mikroorganismen nicht mehr gewachsen

Digitized by Google

sind, so müßte theoretisch zumindest sich die Enteritis hintanhalten lassen, wenn man die reduzierend wirkenden Bakterien in ihrer Lebensfähigkeit hindert oder ganz beseitigt.

Zu dieser theoretischen Betrachtung bringt der Autor einen Fall aus der Praxis. Bei einem Kranken, bei welchem eine von anderer Seite vorgenommene präventive Injektion von Hydrargyrum salicylicum einen mehrtägigen Durchfall zur Folge hatte, verordnete G. nach Auftreten des Exanthems eine Schmierkur (täglich 4·0); schon nach der vierten Einreibung traten wiederum Durchfälle ein, die auf Darreichung von Opium sistierten. Als dann die Einreibungen, bloß in Dosen von 1·0, wieder aufgenommen wurden, zeigte sich nach einigen Tagen wieder blutig diarrhoischer Stuhl. Jetzt verordnete G. dreimal täglich einen Kaffeelöffel Zymin neben reichlichen Amylazeen, und die Schmierkur konnte ohne Anstand fortgesetzt werden. Ja der Autor konnte auch das Experiment machen, bei Aussetzen des Zymins die Diarrhöe neuerdings eintreten zu sehen, sie schwand aber trotz Fortsetzung der Inunktionen, als wieder Zymin gereicht wurde.

Nach der Ansicht des Autors ließe sich auch von einer Reihe anderer Mittel, Chloroformwasser, Salizylsäure, Wismut, Guajakol u. a. ähnlich günstige Wirkung erwarten, er hatte in dem speziellen Fall Zymin und Amylazeen gewählt, weil die fast reine Fleischkost sicherlich das Wachstum reduzierend wirkender Bakterien fördere und sich erwarten ließ, daß Kohlehydrate mit Zugabe von Fermenten eine anders geartete Bakterienflora schaffen werde. Selbstverständlich bedürfte der vorliegende Fall nach mancherlei Richtungen an einem reicheren Material der Nachprüfung. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXXV. 12). D.

Notizen über die Bedeutung des Heroins als Anaphrodisiakum. Von Ph. Ferd. Becker.

Dr. Heins in Paris hat zuerst das Heroin als Anaphrodisiakum empfohlen. Die Entdeckung dieser Eigenschaft des Präparats war eine ganz zufällige, eine gar nicht beabsichtigte Nebenwirkung. Kranke, die ganz kurze Zeit (2—10 Tage) mit diesem Mittel behandelt worden waren — es handelte sich ausschließlich um Erkrankungen des Respirationstrakts — kamen mit der Klage wieder, es habe sich bei ihnen eine auffallende Abnahme der Potenz eingestellt. Dieses Ereignis brachten sie mit der Erkrankung ihres Respirationsapparats in Zusammenhang, indem sie fürchteten, die Fortschritte derselben seien es, welche die Impotenz zur Folge hätten. Das Aussetzen des Heroins schaffte sofort Wandel. Diesen Beobachtungen ist die Empfehlung des Mittels gegen schmerzhafte Erektionen bei Tripper, bei krankhaft gesteigerter Geschlechtslust, bei Operationen am Penis u. s. w. zu verdanken.

B. hat nun in dieser Richtung Versuche gemacht und zunächst gefunden, daß man mit kleinen Dosen (0·005—0·0075) keinen Effekt erziele und daß die Mindestgabe 0·01 betragen müsse, zuweilen versage auch diese Dosis. Da einzelne Autoren wegen Vergiftungserscheinungen vor dieser Dose warnen, so sei angeführt, daß bloß bei einem Kranken Beckers ein Arzneiexanthem auftrat, nachdem er durch drei Wochen allabendlich 0·02 g Heroin genommen hatte. Wenn man das Heroin gegen die schmerzhaften Erektionen bei Gonorrhöe anwendet, so muß man, wie B. betont, daran festhalten, daß die Wirkung keine analgetische ist, sondern daß bloß das Zustandekommen der Erektion — und das ist hier das Wichtige — verhindert wird. Bei Schmerzen in der Sexualsphäre, bei Epididymitis, Blasenkatarrh, bei akuter Prostatitis ist sein Einfluß kein nennenswerter, und hier bleibt ihm das Morphin bedeutend überlegen. Dem Lupulin gegenüber kann auch noch die Geschmacklosigkeit des Präparats gerühmt werden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1903.) Deutsch.

Digitized by Google

Laryngologie und Rhinologie.

Zur Aetiologie und Therapie der Xerosen der Halsschleimhäute. Von Dr. F. Blumenfeld.

Die trockene Halsentzündung ist in einigen Fällen eine auf die Pars oralis der Rachenschleimhaut beschränkte Form der chronischen Pharyngitis, in anderen nur ein Teil über den ganzen Respirationstrakt ausgedehnter gleichartiger Erscheinungen. Vielfach werden klimatische Einflüsse als die Entstehung dieser Affektion begünstigend bezeichnet — trockenes Klima, Staub der Großstädte und inbesondere die Luftheizung. Viele Beobachter bestätigen, daß die Beschwerden der trockenen Katarrhe gegen das Ende der Heizperiode am größten sind. Als Grundursache für dieses Leiden kommen in erster Linie konstitutionelle Krankheiten in Betracht, vor allem Diabetes. Dieser bedingt oft eine ziemlich gleichmäßige Trockenheit der Schleimhaut des ganzen Respirationstraktes bis in die Bronchien hinein; es ist kaum zu bezweifeln, daß diese der bekannten Trockenheit der äußeren Haut bei den Diabetikern vollkommen analog ist.

Als Grundkrankheiten kommen ferner Gicht, Arthritis deformans und Lues in Betracht. Hier kann man direkt von metasyphilitischer Xerose im Bereiche der Atmungsorgane (Sticker) sprechen. Bei rein lokalen Erkrankungen ist natürlich die lokale Ursache (meist Eiterung der Siebbein- und Keilbeinhöhlen und des Tornwaldt'schen Recessus) nicht zu übersehen; auch an die permanenten Berufsschädlichkeiten darf man nicht vergessen.

Die Therapie ist von der der hypertrophischen Formen grundverschieden, nach B. am besten eine reine Schonungstherapie. Desinfiszierende und adstringierende Mittel werden oft mißbräuchlich angewendet. In klimato-therapeutischer Hinsicht kommt vor allem die relative Feuchtigkeit und die Temperatur der Respirationsluft in Betracht; das Höhenklima muß wegen der Steigerung der Verdunstungsgröße die Trockenheit der Schleimhäute ungünstig beeinflussen. Am besten ist das Seeklima, besonders das insulare. Windgeschützte Orte in unseren Gegenden sind für die Uebergangsmonate zu empfehlen, für den Winter aber besser der Süden. Für Gurgelungen und Inhalationen sind alkalische und alkalisch-muriatische, Kochsalz- und Schwefelquellen zu empfehlen, eventuell 0·6%ige Kochsalzlösung mit etwas Glyzerin.

Von lokal anzuwendenden Medikamenten (im Widerspruche zur strengen Schonungstherapie) kommt hauptsächlich Jod (in der bekannten Kombination mit Jodkali und Glyzerin) in Betracht. Als neu empfiehlt B. das Jodipin. Bei Xerose des Rachens spritzt er 1—2 Kubikzentimeter des 10%igen Jodipins vom Munde aus in das Cavum; im Herabfließen verteilt sich das Oel gut im ganzen Rachen. In den Kehlkopf läßt man vorsichtig einige Tropfen fließen, nicht fallen. B. ist mit dem Effekt dieser Behandlung, die natürlich nicht die einzige Therapie bleiben darf, sehr zufrieden. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd 14, H. 3, 1903).

Weil.

Aeussere Asepsis bei Operationen in der Nase. Von Dr. Warnecke.

Wenn wir auch bei Nasenoperationen selbstverständlich nur sterile Instrumente und Verbandstoffe verwenden, so scheitert unsere Asepsis doch an der unvermeidlichen Berührung von Lippen und Kinn des Patienten; die Tupfer schleifen über über diese Teile hinweg und gelangen keineswegs mehr aseptisch an die intranasale Wundfläche. Besonders bei Männern ist die Berührung des Bartes eine nicht zu unterschätzende Infektionsquelle, W. sucht diesem Uebelstand durch Vorlagen von Blättern aus Kofferdam in geeigneter Weise abzuhelfen.

Dieser bekanntlich von den Zahnärzten zum Isolieren der Zähne beim Plombieren verwendete Gummistoff ist sehr elastisch und läßt sich durch Auskochen sterilisieren. W. nimmt eine Platte von zirka 15×15 cm Größe (bei Kindern entsprechend schmäler) und kocht sie zusammen mit zwei an die Ecken derselben angelegten Péans. Dann wird die Platte an den Péans gespannt aufgehängt.

Digitized by Google

bis sie lufttrocken geworden ist. An die anderen zwei Ecken werden sodann gezähnte Klammern mit Gummizügeln angelegt und letztere an beiden Ohrmuscheln aufgehängt oder über diese an den Hinterkopf geführt und dort vereinigt. Der gespannte Rand der Platte darf nur über der Oberlippe und nicht vor dem Munde liegen. Bei der Operation hängt die Kofferdamplatte in eine Duritspeicheltasche hinein, welche ebenfalls durch Auskochen oder Einlegen in Sublimat keimfrei zu machen ist.

Für den Operateur ist es sehr angenehm, daß die Belästigung durch Aushusten und ungeschicktes Ausspucken fortfällt. Speichel und Blut gelangen unter dem Kofferdam in die Durittasche. Von seinen Patienten hat W. keine Klage über Belästigung durch den Apparat gehört. — (Fränkels Arch. f. Lar., B. 14, H. 3, 1903.) Weil.

Augenheilkunde.

Ueber die Behandlung der Hypopyonkeratitis mit den Sera von Prof. Tizzoni-Panichi und Dr. Römer. Von Dr. Calderaro, Siena. Uebersetzt von Dr. Ohleman.

Auf die Untersuchung von Gasparini, Axenfeld, Uhthoff und deren Ergebnisse, daß bakteriologisch bei Hypopyonkeratitis konstant der Fränkel'sche Diplokokkus vorkommt, gestützt, behandelt Vf. diese immens gefährliche Augenkrankheit mit gutem Erfolge mittels subkonjunktivaler Injektionen von Tizzoni'schem Antipneumokokkenserum. Verwandt wurde zur subkonjunktivalen Injektion die Hälfte einer Pravaz-Spritze je nach der Schwere der Infektion jeden zweiten Tag, und später, je nach der Chemosis. Die Injektionen verursachten keine besonderen Schmerzen und hinterließen auch keine Verwachsungen zwischen Conjuktiva und Sklera. Die Wirkung war energischer und mehr evident, wenn die Infektion eine nur pneumokokkische war, die Resultate weniger günstig, wenn es sich um Mischinfektionen mit Staphylokokken und Streptokokken handelte. Außerdem wurde das Serum zweistündlich in die Bindehaut instilliert und das Auge in gewohnter Weise gereinigt. In schweren Fällen wurde auch eine Injektion subkutan 5—10 cm^3 in die Lende oder den Schenkel gemacht.

Vf. zieht aus seinen Versuchen den Schluß, daß:

1. der Gebrauch des Antipneumokokkenserums indiziert und sehr wirksam ist bei der Hypopyonkeratitis, daß beim Beginn der Erkrankung zwei subkonjunktivale Injektionen und zweistündliche Instillationen in den Bindehautsack genügen;

2. in Fällen von vorgeschrittener Krankheit Galvanokaustik und Parazentese nicht entbehrt werden können, die Seruminjektionen einen um den anderen Tag gemacht werden müssen, die Instillationen auch hier zweistündlich.

3. Wenn das Ulcus Neigung zeigt, sich wieder zu infiltrieren, sollen dreimal täglich Instillationen von 5% Kollargol oder mit Methylenblau (1·100) hinzugefügt werden.

4. Das Serum von Tizzoni ist den übrigen wegen größerer Wirksamkeit und der leichten Konservirbarkeit des in Aq. dest. leicht löslichen Pulvers vorzuziehen. — (Wollfberg, Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. VII. Jahrg. Nr. 2, Okt. 1903.) Jänner.

Benzoesaures Lithium bei der Behandlung von Hornhautflecken. Von Dr. Mazet.

Nach übereinstimmenden Untersuchungsresultaten fast aller Autoren sind es kohlen- und phosphorsaure Kalke, durch deren Ablagerung in die Hornhautflecke die Undurchsichtigkeit der erkrankt gewesenen Hornhaut bedingt wird. Die Ablagerung stellt sich ziemlich häufig erst lange nach dem Auftreten der Hornhautflecke selbst ein, manchmal aber vollführt sie sich schon zur Zeit der Bildung der Hornhautflecke, ja manchmal schon während des geschwürigen Stadiums. Am häufigsten findet man Kalksalzablagerungen in all den Formen von Hornhautflecken, die infolge von traumatischen oder entzündlichen Geschwüren oder auch durch Verbrennungen der Hornhaut entstanden sind; aber auch bei parenchy-

Digitized by Google

matöser Keratitis kommen sehnig aussehende Trübungen vor, in welchen weiße, kreidige, aus eingekapselten Kalkpartikelchen bestehende Pünktchen sichtbar sind.

Sollerbeck, Dixon und Bock haben die anatomische Grundlage der gürtelförmigen Hornhauttrübung in der Ablagerung feiner Kalkpartikelchen in und unter das Epithel gefunden. Nach de Wecker führt die Form von Keratitis, die man nach Glaukom und Iridochorioiditis beobachtet, zu Fecken von metallischem Glanze und beruht letzterer auf der Einlagerung von Fett und Kalk in die epitheliale und subepitheliale Schicht der Hornhautsubstanz. Auch bei degenerativ-regressiver Metamorphose des leukomatösen Gewebes kommt es zu Kalkablagerungen in Form kleiner weißer, kreidiger Punkte. Die Verdunstung der an kohlen- und phosphorsauren Salzen reichen Tränen begünstigt bei bestehender Hornhautläsion die Ablagerung von Kalksalzen in die Hornhaut, indem sich die bloßgelegte Bowmann'sche Membran mit Kalk inkrustiert. Birnbacher hat es nun versucht, zur Aufhellung von Hornhautflecken 5%ige Salzsäurelösung ins Auge einzuträufeln und deren Ueberschuß mit 5%iger Sodalösung zu neutralisieren, aber das Mittel ist selbst in dieser Konzentration zu stark. Vf. versuchte nun zu demselben Zwecke Lithium carbonicum. Es hat sich jedoch herausgestellt, daß letzteres zu wenig löslich im Wasser ist, um genügend konzentrierte Kollyrien zu geben und eignet sich hierin ganz besonders das leichter lösliche Lithium benzoicum, und zwar:

Rp. Lithii benzoici 0·25—1·0
Aqu. destill. 10·00

M. D. S. 2—3mal täglich 1 Tropfen einzuträufeln.

Diese Kollyrien verursachen bis auf leichtes vorübergehendes Brennen und Jucken keine Beschwerden und geben in den darin geeigneten Fällen — bei Formen von Hornhauttrübungen, die deutlich Kalkniederschläge enthalten oder auf deren Oberfläche man Ablagerungen von Kalksalzen vermutet — so glänzende Resultate in Beziehung der Aufhellung der Narben, wie sie von keinem anderen Mittel erreicht werden. — (Königshöffer, Die Ophthalmol. Klin., VII. Jahrg., Nr. 13, 1903.) Dr. Jänner.

Zahnheilkunde.

Adrenalin und Kokain. Von Theo Dill.

Kokain verliert mit Adrenalinzusatz bedeutend an Toxizität, während seine anästhesierende Kraft wächst. Alle Patienten im Alter von 10—70 Jahren zeigen gegenüber Injektionen von Adrenalin-Kokain die gleiche Toleranz; Vf. verwendet es daher nicht nur für Zahnextraktionen, bei Eröffnung des Antrums und Resektion nekrotischer Wurzelspitzen, sondern auch bei Exkavierung hyperästhetischen Dentins und Behandlung von lebenden Pulpen. Das Schleich'sche Infiltrationsverfahren ist für den Oberkiefer nur schwer anwendbar, für den Unterkiefer nahezu unmöglich. In der zahnärztlichen Praxis ist diese anderweitig in der Chirurgie segenbringende Methode nicht zu verwerten. Wenn wir hingegen Schleichs Theorie der Leitungsanästhesie in Verbindung mit Adrenalin-Kokain verwerten, so ergibt sich eine sehr brauchbare Modifikation. Statt der großen Flüssigkeitsmenge können wir mit 3 bis 6 cm^3 Adrenalin-Kokainmischung ein Gebiet unempfindlich machen, in welchem 3—6 erkrankte Zähne liegen, die entweder zur Extraktion reif sind oder in anderer Weise behandelt werden sollen. — (Schweiz. Monatsschr. Nr. 1, 1903.)
R. Kronfeld.

Ueber die Notwendigkeit einer besseren Zahnpflege in der Armee. Von Stabsarzt A. Sickinger.

Den Trägern schlechter Zähne drohen mancherlei Gefahren (u. a. können kariöse Zähne auch die Eintrittspforte für Tuberkelbazillen werden); die Notwendigkeit keit einer besseren Zahnpflege ist nicht von der Hand zu weisen, wie auf Grund statistischen Materials näher ausgeführt wird. Vf. fordert die Schaffung von Garnisons-Zahnärzten mit vollkommenem Instrumentarium in jedem größeren Lazarett, die keine Privatpraxis ausüben sollen. Die Be-

Digitized by Google

handlung soll für sämtliche Mannschaften, Militärbeamte, Offiziere, sowie deren Familienangehörige und Dienstpersonal bestimmt sein. Das Lokal soll sich außerhalb der Kaserne und des Lazaretts befinden. Weibliche Assistenz, gleichzeitig für die Reinhaltung der Instrumente etc. erwünscht. Jedem Armeekorps einen Zivil-Zahnarzt beizugeben, der nebenbei seine Zivilpraxis ausübe, verwirft Vf. Die an den Militär-Zahnarzt zu stellenden Anforderungen dürfen keineswegs gegen die an den Zivilarzt zu stellenden zurückstehen; der ernstlich konservierende Standpunkt mit aller Gewissenhaftigkeit und Sauberkeit sei streng festzuhalten. Sein Ideal wäre für jede große Stadt ein zahnärztliches Institut für Militär und Zivil gemeinsam; durch Staat, Land, Gemeinde (Stadt), freiwillige Spenden und die einkommenden geringen Beträge würde dasselbe erhalten werden müssen und können, und es würde damit auf der Bahn der Volkshygiene ein großer Schritt vorwärts getan werden im Interesse einer besseren Zahnpflege in den Schulen, bei den Armen und in der Armee. — (Militärarzt, Nr. 1 bis 2, 1904.) R. Kronfeld.

Die Behandlung der Epulis in der zahnärztlichen Praxis. Von Ch. W. Glassington.

Hat der Zahnarzt die Epulis diagnostiziert, so ist er in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle in der Lage, mit einem kleinen Instrumentarium die radikale Operation vorzunehmen. Verwechslungen wären möglich mit Angiom und Epitheliom. Im ersteren Falle entscheidet die Pulsation, weiche Konsistenz und das Blaßwerden bei Kompression, im zweiten das Vorhandensein von Drüsen, die Schmerzhaftigkeit und die härtere Konsistenz. Zur Operation braucht man eine Sperrpinzette, mehrere scharfe Löffel, Skalpel und Zwickzange für den Alveolarfortsatz. Die Entfernung von Zähnen sucht der Zahnarzt nach Möglichkeit zu vermeiden. Man trägt zunächst den Tumor mit scharfen Löffeln ab und opfert Zähne nur dann, wenn es sich zeigt, daß der Tumor seinen Ausgangspunkt aus der Tiefe genommen hat. In diesem Falle müssen natürlich nicht nur Zähne, sondern auch alle irgendwie verdächtigen Partien des Alveolarfortsatzes entfernt werden. Vf. hat nach dieser Methode mehr als 50 Fälle operiert und niemals ein Rezidiv gesehen. Lokalanästhesie ist bei sorgfältiger Ausführung ungenügend, auch die für Extraktionen gebräuchliche Narkose mit Stickoxydul allein oder mit Sauerstoffzusatz ist der Zeitdauer nach nicht ausreichend. Auffallend war dem Vf., daß die Epulis vorwiegend beim weiblichen Geschlechte auftritt. — (British Dental Journal, Okt. 1903.)

R. Kronfeld.

II. Diagnostik.

a) Rachen und Kehlkopf.

Ueber die Beziehungen der Pharyngitis granularis, resp. lateralis zur Tuberkulose. Von Dr. R. Sokolowsky.

Die alte Streitfrage, ob das lymphoide Gewebe des sogenannten Waldeyer'schen Rachenringes Funktionen der Abwehr gegen eindringende Infektionskeime zu erfüllen hat oder im Gegenteil stets offene Eingangspforten für dieselben darstellt, ist noch immer nicht entschieden; für die zweite Annahme spricht der Umstand, daß das Kindesalter, in dem fast stets das lymphadenoide Gewebe am stärksten entwickelt ist, auch für Infektionskrankheiten am meisten disponiert ist, und ferner, daß diese Disposition bei mangelhafter Entwicklung des lymphatischen Rachenringes keineswegs eine größere ist. Danach mußte man erwarten, in diesem Gewebe auch einen besonders günstigen Boden für die Entwicklung von Tuberkelbazillen zu finden; trotzdem war bis vor kurzem die Tuberkulose des Rachens eine relativ seltene Beobachtung. Erst die zahlreichen systematischen Untersuchungen anscheinend gesunder Gaumen- und Rachenmandeln haben in diesen relativ häufig latente Tuberkulose ergeben.

Digitized by Google

Vf. hat nun die Granula des Pharynx und die hypertrophischen Seitenstränge, welche ja so häufig bei sonst gesunden Individuen vorkommen, in 34 Fällen mikroskopisch untersucht; von diesen litten 13 an Tuberkulose oder Lupus anderer Organe und von diesen letzteren wurde in 8 Fällen das gleichzeitige Vorkommen von typischen Tuberkeln mit zentraler Verkäsung und Langhans'schen Riesenzellen konstatiert. Bei einem anscheinend sonst ganz gesunden Manne (Bahnbeamter und gedienter Soldat) wurde erst auf Grund dieses Befundes bei sorgfältiger Untersuchung eine beginnende Lungenspitzenaffektion konstatiert. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 14, H. 3, 1903.) Weil.

Ueber die Wirkung der Mm. crico-thyreoideus und thyreo-arytaenoideus. Von Dr. Jörgen Möller und Dr. J. F. Fischer.

Ueber die Wirkung dieser beiden wichtigen Kehlkopfmuskeln sind die Autoren bisher noch nicht einig. Fest steht, daß beide im Verein die eigentlichen stimmerzeugenden Muskeln sind, welcher von beiden aber durch seine Kontraktion die Stimmhöhe reguliert, darüber wird eben noch diskutiert. Bezüglich der Wirkung des M. crico-thyreoideus geben alle zu, daß er den Schildknorpel und den Ringknorpel einander nähere; die Mehrzahl der Autoren meint, daß dabei der Schildknorpel sich gegen den Ringknorpel bewege, zahlreiche bedeutende Fachleute sehen aber umgekehrt den Schildknorpel als das Punctum fixum an. Ob die Tonhöhe durch die Kontraktionen des M. crico-thyreoideus allein oder im Verein mit dem M. thyreo-arytaenoideus internus oder endlich durch den letzteren allein (wobei der erstere ihm nur als Widerlager dienen würde) bestimmt wird, darüber gehen die Meinungen noch auseinander.

M. und F. haben nun Serien von Röntgen-Aufnahmen des Kehlkopfes eines 67jährigen Mannes gemacht (jüngere Personen zeigen den Rand des Ringknorpels meist nicht deutlich, da ein gewisser Grad von Verknöcherung des Knorpels hiezu nötig ist), während dieser die Töne einer Oktave sang (a—g). Da zeigte sich nun, daß die vordere Entfernung zwischen den Rändern der beiden Knorpel bei ruhiger Atmung 15 mm betrug, beim Singen der Skala sich immer mehr verkleinerte und beim g nur $7^1/_2$ mm betrug; dabei müssen die Stimmbänder sich um zirka 5 mm verlängern. Nun haben M. und F. am vorderen Rande des M. sternocleidomastoideus in der Höhe des Kehlkopfes drei Schrotkörner in gerader Linie an die Haut geklebt und leicht feststellen können, daß die Ränder des Schildknorpels mit dieser Linie immer denselben Winkel bilden, wogegen der obere Rand des Ringknorpels während der Intonation sich immer mehr senkrecht zu derselben stellt. Danach findet also durch die Kontraktion des M. crico-thyreoideus eine aufsteigende Bewegung des Ringknorpels gegen den Schildknorpel hin statt. — (Fränkels Arch. f. Lar., 15. Bd., H. 1, 1904.) Weil.

b) Lunge.

Ueber eosinophile Zellen im Sputum. Von Dr. W. Hildebrandt.

H. fand bei allen tuberkulösen Erkrankungen des Respirationstrakts im Sputum eosinophile Zellen manchmal in großen Mengen vor. Ebenso konnten sie in zwei Fällen von Bronchitis acuta, fünf Fällen von Bronchitis chronica, zwei Fällen von Bronchopneumonie, manchmal sogar als ausschließliche Zellgattung beobachtet werden. Auch bei croupöser Pneumonie kommen sie vereinzelt vor. Im Nasen- und Rachensekret finden sich, auch ohne daß Asthma vorliegt, zum Teile sehr zahlreiche eosinophile Zellen. Es kann also die wiederholt behauptete diagnostische Bedeutung des Vorkommens und Fehlens eosinophiler Zellen bei Asthma bronchiale resp. Lungentuberkulose nicht anerkannt werden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 1904.) E. S.

Ueber die prognostische Bedeutung der konstanten Pulsbeschleunigung im Verlauf der Lungentuberkulose. Von Dr. S. Sterling.

Eine normale Pulszahl im Verlauf der Tuberkulose ist ein prognostisch günstiges Symptom. Konstante Pulsbeschleu-

Digitized by Google

nigung bei afebrilem Zustand verschlechtert die Prognose, und zwar in geradem Verhältnisse zur Beschleunigung. Besonders markant tritt die prognostische Bedeutung des beschleunigten Pulses im ersten Stadium hervor. Von Kranken, welche bereits in diesem Stadium über 120 Pulse zeigen, starben 12% innerhalb der ersten 3 Jahre, von denjenigen mit normaler Pulszahl nur 1%. In höherem Alter ist die Bedeutung des Symptoms noch erhöht. Es besteht kein Zusammenhang der Pulsbeschleunigung mit der Neigung zur Hämoptoë. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 1904.) E. S.

c) Zähne.

Kritische Betrachtungen über Pyorrhoea alveolaris. Von L. Landgraf.

Trotz der kaum mehr zu übersehenden Literatur, welche über Alveolarpyorrhöe besteht, bedarf deren Pathogenese noch vielfach der Klärung. Hier gehen die Ansichten der Autoren am weitesten auseinander. Jedenfalls ist daran festzuhalten, daß bei Entstehung dieser Krankheit nebst lokalen Reizen auch eine gewisse Prädisposition vorhanden sein müsse. Die äußere Krankheitsursache geben die Eiterkokken ab, die Erkrankung bietet stets das Bild einer Strepto-Staphylomykose, ohne daß es nötig wäre, nach spezifischen Krankheitserregern zu suchen. Alle anderen sogenannten lokalen Ursachen — Zahnstein, Artikulationsstörungen, Ueberanstrengung der Zähne und mechanische Schädlichkeiten — sind nur insoferne von Bedeutung, als sie die lokale Prädisposition, die Widerstandsfähigkeit der Gewebselemente, beeinflussen. Dasselbe gilt in erhöhtem Grade von vielen Allgemeinerkrankungen. Da der Diabetiker eine sehr geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber einer Infektion mit septischen Elementen besitzt, da er leicht an Furunkeln und Karbunkeln, an Ekzemen, Dekubitus, Phlegmonen und pyämischer wie septikämischer Blutvergiftung erkrankt, ist es nur natürlich, daß auch Alveolarpyorrhöe bei dem durch Diabetes präformierten Organismus häufig auftritt. Dasselbe gilt von der Gicht. Hier ist die Imprägnation mit harnsauren Salzen, welche in den verschiedensten Geweben, in den Gelenken, Schleimbeuteln, dem Knorpel, Periost, in den inneren Organen — und im Munde entzündliche Veränderungen hervorruft. Dasselbe Verhalten finden wir bei jeder Krankheit, welche eine Herabsetzung der Zellvitalität herbeiführt, bei schweren Ernährungsstörungen, chronischen Infektionskrankheiten u. s. w. Unmöglich wird dagegen die Annahme einer Prädisposition bei Personen, welche sich der besten Gesundheit erfreuen, und bei welchen Younger die Alveolarpyorrhöe paradoxerweise die Krankheit der guten Gesundheit genannt hat. Hier muß man wieder auf die lokale Prädisposition zurückgreifen. Als solche ursächliche Schädigung faßt Vf. den marginalen Detritus auf, welcher aus mehrweniger zersetzten Speiseresten, abgestoßenen Epithelien, Schleim und einer Unzahl von Bakterien besteht. Im ganzen menschlichen Organismus gibt es keinen Körperteil, welcher dermaßen der unablässigen Einwirkung infektiöser Reize ausgesetzt wäre, wie die alveolaren Randgebilde. Selbst in den untersten Darmabschnitten ist der Darminhalt in fortwährender Bewegung und läßt die Schleimhaut ab und zu gänzlich frei. In der Stagnation liegt das hauptsächlichste prädisponierende Moment für die Entzündung und gerade diese Eigenschaft finden wir beim marginalen Detritus in hervorragender Weise ausgesprochen. Jede marginale Gingivitis ist daher als prämonitorisches Symptom der Pyorrhöe anzusehen.

Aus dem Vorangehenden ergeben sich wichtige Anhaltspunkte für die Therapie. In erster Linie ist die Krankheit nach chirurgischen Prinzipien zu behandeln. Die versteckten Eiterherde sind freizulegen, alle kranken Teile zu entfernen, d. h. Exzision der Zahnfleischtaschen und Auskratzung der kariösen Knochenteile. Ferner ist es nötig, den Zahnstein gründlich zu entfernen, eine etwaige fehlerhafte Artikulation zu beheben und stark gelockerte Zähne durch Stützapparate zu befestigen. So kann man das Leiden bessern, seinen Fortschritt aufhalten. Die Aussichten auf dauernde Heilung vorgeschritte-

Digitized by Google

ner Stadien sind jedoch keine günstigen. Im Anfangsstadium, bei der marginalen Gingivitis, muß man daher der Krankheit seine volle Beachtung widmen: wir müssen jede Gingivitis durch Entfernung des subgingivalen Zahnsteines und Aetzungen mit 20—50%iger Trichloressigsäure beseitigen und den Keimgehalt der Mundhöhle durch sorgfältige Mundpflege herabzusetzen trachten. (Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. 12, 1903.)
R. Kronfeld.

Refraktionsanomalien als Ursache von Zahnschmerzen. Von J. R. Clayton.

Eine 32jährige, gesund und kräftig aussehende Dame konsultierte den Vf. wegen Zahnschmerzen, welche sie im zweiten unteren Bikuspis hatte. Die Molaren derselben Seite waren ihr im Laufe der vorangehenden Jahre wegen ebensolcher Schmerzen extrahiert worden, ohne eine Spur von Karies oder eines anderen krankhaften Prozesses zu zeigen. Auch der in Frage stehende Zahn erwies sich bei der Untersuchung vollkommen intakt. Da die Dame jedoch den Schmerz präzise in diesen Zahn lokalisierte und jede andere Ursache ausgeschlossen werden konnte, leitete Clayton unter der Annahme einer inneren Dentikelbildung (Pulpastein) die entsprechende Behandlung — Devitalisation und Extraktion der Pulpa, Füllung des Wurzelkanals — ein. Zu seiner Ueberraschung bestätigte sich die Diagnose nicht, die Pulpa war vollständig unverändert. Die Patientin kam nach sechs Monaten mit Schmerzen im ersten Bikuspis wieder, an welchem abermals nichts Abnormes zu finden war. Vf. examinierte die Dame nach allen Richtungen, wobei sie u. a. angab, während der vom Zahn ausstrahlenden Schmerzen auch in den Schläfen und Augen unangenehme Empfindungen zu haben. Dies veranlaßte den Zahnarzt, eine Untersuchung der Augen vornehmen zu lassen, bei welcher sich ein beiderseitiger, ziemlich hochgradiger Astigmatismus ergab. Nach Korrektion desselben kehrten die Zahnschmerzen nicht wieder. — In einem zweiten Falle litt eine junge Dame an heftigen Zahn- und Kopfschmerzen und verlangte vom Vf. eine gründliche Behandlung ihres Kauapparats. Auch hier fand sich an den Zähnen nichts Abnormes, aber an den Augen beiderseits Astigmatismus, nach dessen Korrektion die Schmerzen schwanden. Da durch Refraktionsstörungen ein recht komplizierter Symptomenkomplex hervorgerufen werden kann — Augenschmerzen, Kopfschmerzen, Konjunktivitis, verschiedene nervöse Störungen von seiten des Rachens und Magens u. s. w. — darf es nicht Wunder nehmen, daß mitunter auch die Zähne in den Rahmen dieses Bildes geraten. — (The Dental Brief, 11, 1903.) R. Kronfeld.

d) Oesophagus.

Ueber einen Fall von Mitbewegung der Sonde synchron den Atembewegungen bei Oesophoguskarzinom. Von Dr. Ludwig Steiner.

Bei einem Kranken mit einer karzinomativen Stenose der Speiseröhre, 38 cm von der Zahnreihe entfernt, rückt die eingeführte Sonde bei Inspiration deutlich tiefer, bei Exspiration höher. Die Annahme, daß diese Mitbewegung Folge einer festen Verlötung des Oesophagus mit dem Zwerchfell sei, wurde durch die Obduktion bestätigt. Am Hiatus oesophageus bilden Oesophagus und Zwerchfell eine einzige kompakte Masse von Krebsgewebe. — (Münch. Med. Wochenschr. Nr. 6, 1904.) E. S.

Ueber Kompressionsstenose des Oesophagus, verursacht durch ein Aneurysma der Aorta descendens. Von Dr. W. Plitek.

60jährige Frau erkrankte an leichten Schmerzanfällen im Unterleib, die schwanden, um nach zwei Monaten in schwererer Form im Epigastrium wieder zu erscheinen. Die Schmerzen traten zu unbestimmten Zeiten auf. Allmähliche Abmagerung und Schwäche. Plötzlich erscheinen heftige Schlingbeschwerden, daß selbst Flüssigkeiten regurgitiert werden. Der objektive Befund ergibt am Oesophagus Fehlen des zweiten Schluckgeräusches. Sondenuntersuchung wurde aus Vorsicht unterlassen. Die Schmerzanfälle dauern an, strahlen vom Epi-

Digitized by Google

gastrium gegen Nabel oder Brust zu aus, erinnern an stenokardische Anfälle. Beklopfen des untersten Sternalendes empfindlich. Dieses von manchen Autoren für eine Neubildung an der Kardia sprechende Symptom führte im Zusammenhang mit der tief zu lokalisierenden Stenose, einer vergrößerten Leber, zur Annahme eines Karzinoms an der Kardia, doch mußte wegen der Schmerzen, die in den letzten Wochen bis in die Schulter ausstrahlten, — der kleine Puls stand im Gegensatz zur stürmischen Herzaktion — doch auch an eine Kreislaufstörung, etwa Atherom und Aneurysma der Aorta descendens, gedacht werden. Die Kranke starb plötzlich, wie die Obduktion ergab, an Ruptur eines sackförmigen Aneurysmas, das knapp oberhalb dem Zwerchfellansatze mit der Aorta kommuniziert und zum Teil in der Brust-, zum Teil bereits in der Bauchhöhle liegt. Die Leber, welche in vivo als hypertrophisch angesehen worden war, zeigte sich normal, nur war ihr linker Lappen durch den Sack nach vorne und rechts unten gedrängt worden, was die Täuschung bedingt hatte. — (Arch. f. Verdauungskrankh. IX. 6.) E. S.

e) Darm.

Duodenalgeschwüre im Verlaufe von Nierenerkrankungen. Von E. Devic und J. Charvet.

Vf. berichten über 13 Fälle von Ulzerationen im Duodenum, welche sich im Verlauf von chronischen Nierenerkrankungen entwickelt hatten. Sie treten als einfache hämorrhagische Infiltration, als follikuläre oder lineare Erosionen oder tiefgreifende Geschwüre auf. Sie entstehen auf dem Wege einer Nekrose der Schleimhaut infolge von blutiger Infiltration. Toxisch-infektiöse Momente scheinen die Hauptursache zu sein. Gefäßveränderungen wirken begünstigend. Meist verraten sie sich klinisch durch keinerlei Symptome oder aber durch schwere Blutungen oder Perforation, da für diese Geschwüre rasches Fortschreiten nach der Tiefe ohne die geringste Tendenz zur Reparation charakteristisch ist. — (Revue de Médecine Nr. 12, 1903.) E. S.

Ueber das Balantidium coli und dessen Bedeutung bei chronischen Diarrhöen. Von Nils Akesson, Strömsholm.

Seitdem Malmsten im Jahre 1856 zuerst das Balantidium coli als Krankheitserreger bei zwei Patienten gefunden hat, ist die Nachforschung nach diesem Parasiten eine lebhafte geworden. Mosler und Peiper berichten noch über 28 Fälle, seit dieser Zeit jedoch (1894) wurden noch weitere 51 Fälle beschrieben, so daß heute 79 Fälle bekannt sind, von denen 22 von Schweden und 39 von Rußland einschließlich Finnland stammen, so daß die Literatur über diesen Parasiten vorwiegend in schwedischer Sprache erschienen ist. Derselbe tritt nicht gar so häufig auf und Henschen hat innerhalb 18 Jahren bloß zwei Fälle von Balantidium coli beobachtet. Akesson beschreibt nun einen im Februar beobachteten Fall, welcher eine 52jährige kräftige Bäuerin betraf, die seit Jahren an Diarrhöen litt, seit Oktober 1902 jedoch an Kräften bedeutend herunterkam, heftiges Leibkneifen empfand, den Appetit verlor und sich elend fühlte; die Diarrhöen kamen 10—15mal im Tage, waren ganz flüssig, oft mit Blut vermischt. Die Kranke war ihrem Mann in der Wirtschaft behilflich, beteiligte sich an der Viehpflege, doch behauptete sie, daß hiebei stets die größte Reinlichkeit beobachtet werde. Im Sommer 1901 hatte sie und ihr Mann auf dem Felde den Durst mit unreinem, aus einem seit Jahren unbenutzten Brunnen stammenden Wasser gelöscht. Die Untersuchung ergab, daß die Kranke an einer vollständigen Anazidität des Magens mit gut erhaltener Motilität desselben litt, in den Stuhlgängen fand man einen Teil unverdauter Speisereste, rote Blutkörperchen und Leukozyten in mäßiger Zahl und eine große Mengen Balantidien. Durch Lavements mit Gerbsäure und Essig (5 + 50 auf $^1/_2$ l Wasser) wurde die Zahl der Balantidien sofort herabgesetzt und nach einigen Tagen waren auch die Stuhlgänge normal, der Appetit hob sich, die Patientin nahm an Körpergewicht zu, doch sobald sie mit den Lavements einige Tage aussetzte, zeigten sich wieder Balantidien im Stuhlgang und der Zustand wurde

Digitized by Google

wieder schlimmer. Unter achttägiger Naphthalinbehandlung nahm die Zahl der Balantidien wohl ab, doch sie schwanden nicht und Diarrhöe nebst Magenschmerzen bestanden weiter, bis durch Lavements der Zustand sich wieder besserte, so daß die Kranke sofort zu denselben greift, sobald ihre Beschwerden sich wieder einstellen. Leuckart entdeckte zuerst das Balantidien coli im Darmkanal des Schweines und die meisten Fälle deuten darauf hin, daß das Schwein die Infektionsquelle für den Menschen darbietet. A. konnte in 70 Fällen Nachforschungen pflegen und in 25 Fällen konnte er direkte Anhaltspunkte für diese Annahme finden, indem viele Patienten kürzere oder längere Zeit zuvor sich an der Wurstbereitung beteiligt hatten, wobei sie den Darm direkt mit dem Munde aufbliesen, oder sie lebten unter ungünstigen hygienischen und diätetischen Verhältnissen, welche eine solche Infektionsquelle zulassen; nur äußerst selten wurde das Wasser als Ursache der Krankheit angegeben, doch auch hier fand sich, daß dasselbe in der Nähe einer Schlächterei sich vorfand und die Verunreinigung desselben läßt sich daher leicht vermuten. Da die Untersuchungen Henschens die übergroße Empfindlichkeit des Parasiten gegenüber Säuren selbst in Verdünnung von 1 : 1000 ergaben, ist es anzunehmen, daß dieselben in enzystierten Formen in den Darmkanal gelangen, welche auch von verschiedenen Autoren beschrieben wurden. Der Verlauf der Krankheit ist analog dem einer schweren Kolitis. Die Krankheit beginnt allmählich oder ganz plötzlich mit Schmerzen im Unterleib, Diarrhöen, zuweilen mit Fieber und Schüttelfrösten. Im späteren Verlaufe schwindet der Appetit, es stellt sich schwerer Durst ein, die Körperkräfte nehmen ab und der Kranke bietet das Bild eines schweren Krebskranken im letzten Stadium. Die Prognose ist nicht immer günstig. Vf. zählte unter den 70 Fällen 11 mit letalem Ausgang, doch war in einem Falle die unmittelbare Todesursache eine Nephritis, in einem zweiten eine Pneumonie. Von den 9 Fällen, bei denen der Tod durch die schwere Kolitis hervorgerufen wurde, starben 5 nach zwei- bis sechsmonatlicher und einer nach dreijähriger Krankheit. Bei den verbleibenden drei Fällen ist die Zeit nicht eruierbar. Die Darmschleimhaut zeigt hauptsächlich im Dickdarm besondere Veränderungen, welche vom einfachen katarrhalischen Stadium alle Bilder bis zu tiefgehenden Verschwärungen und Verwachsungen mit der Umgebung darbieten können. Die Balantidien finden sich in den Fäzes, besonders jedoch im Schleime der verhältnismäßig gesunden Schleimhaut. Askenazy fand, daß die Parasiten in das Gewebe um die Ulzerationen eindringen können, namentlich jedoch die Submukosa bevölkern und nicht selten in Lymphgefäßen zu liegen kommen. Es scheint, daß die Krankheit ein katarrhalisches und ulzeröses Stadium besitzt. Ueber die pathologische Rolle der Parasiten wurde lebhaft diskutiert, hauptsächlich waren es Runeberg und Henschen, welche nebst anderen Forschern die Balantidien colitis als eine selbständige Krankheit bezeichnen, während Stregalow die bereits vorher erkrankte Schleimhaut als Entwicklungsort der Parasiten bezeichnet. Der ersteren Annahme schließt sich Askanazy an, der die Pathogenität den Balantidien selbst, sowie deren Vermehrung im Darmkanal zuschreibt, deren Eindringen in die Darmwand selbst jedoch durch eine vorhergehende Schädigung des Epithels begünstigt wird. Bezüglich der Diagnose ist zu bemerken, daß die Parasiten am ehesten und in großer Anzahl in den Schleimklumpen der Entleerung zu finden sind und daß die Untersuchung bald nach der Entleerung geschehen soll. Wising führt einen kleinen Löffel oder Rinnsonde in den Anus ein und untersucht den hiermit abgeschabten Schleim. Die Therapie besteht in Lavements, welche teils mechanisch die Balantidien fortschaffen, teils durch ihre chemische Zusammensetzung dieselben zunichte machen sollen. Die günstigsten Resultate werden von Henschen erzielt mittels Lavements mit 2½ l Wasser, enthaltend 5 g Acid. tannicum und 50 g Essig, welche einmal täglich appliziert werden und deren Konzentration man allmählich steigert bis zu 12 g Gerbsäure und 120 g Essig. Ortmann empfiehlt Chininklystiere 1 : 1000 nach vor-

Digitized by Google

hergehender Reinigung des Darmes mit $1^1/_2$ Liter Wasser und 10 g Emsersalz und Runeberg empfiehlt dieselben Klystiere, kombiniert mit innerlichen Kalomelgaben, welche in mehrtägigen Pausen in Dosen 0·5—1 g pro Tag gegeben werden. Innerliche Naphthalingaben haben sich nicht einbürgern können, es muß jedoch hervorgehoben werden, daß es nur selten gelungen ist, die Parasiten vollständig und für die Dauer zu entfernen, daß vielmehr, da deren Einwanderungen in das Gewebe sichergestellt ist, die Krankheit oft rezidiviert und eine neuerliche Behandlung erfordert. Eine rechtzeitige Diagnose jedoch ist von großer Wichtigkeit, da einer eventuellen Festsetzung der Parasiten in der Darmwand vorgebeugt werden kann. — (Hygiea, Stockholm, H. 9, 1903.)

Klemperer, Karlsbad.

Ueber akute Skolikoiditis und Perityphlitis im Kindesalter. Von Fritz Spieler.

Entgegen der anscheinenden Seltenheit der Skolikoiditis im Kindesalter ergeben fehlerlose Zusammenstellungen ein 7mal häufigeres Vorkommen derselben beim Kinde als beim Erwachsenen, wofür die Neigung der ersten Jahre zu Erkrankungen der lymphoiden Gewebe (woran die Appendix reich ist) als Erklärung gelten kann. Oft mögen im Kindesalter die Schmerzattacken der Appendizitis falsch gedeutet, und so die ersten Anfälle übersehen werden. Daß sogar eine perforative Skolikoiditis im Kindesalter latent verlaufen kann, zeigt ein ausführlich mitgeteilter Fall, in welchem ein paratyphlitischer Abszeß als Residuum einer weit zurückliegenden und damals nicht erkannten Perforation des Wurmfortsatzes plötzlich zu einer letalen, durch rechtseitiges Thoraxempyem komplizierten Allgemeinperitonitis Anlaß gab. Für die mitunter vorkommenden eiterigen Pleuritiden geben die das Zwerchfell durchsetzenden Lymphgefäße den Infektionsweg; dieselben zeigen ein für die rechte und für die linke Seite gesondertes, die Peritoneal- mit der Pleurahöhle verbindendes Gefäßnetz.

Im Kindesalter sind die schweren Formen der Skolikoiditis, die perforative und gangränöse, sowie die progrediente und diffuse Peritonitis im Anschluß an diese ungleich häufiger als beim Erwachsenen. Von 36 Fällen, die Autor in zwei Jahren gesehen, und von welchen 27 zur Operation kamen, handelt es sich bei 23, also fast zwei Drittel aller, um die perforative oder gangränöse Form; davon bestand bei 16 Fällen progrediente oder diffuse Peritonitis. Es zeigt sich eine außerordentlich rasche Progredienz des gangränösen Prozesses im kindlichen Wurmfortsatze (in einem Falle 40, in einem anderen 16 Stunden nach Beginn schon Gangrän und freie Peritonitis), gegen den die Schutzvorrichtung der follikulären Elemente machtlos ist. Wie beim Erwachsenen, führt hohe Virulenz der Krankheitserreger zur raschen Gangrän, geringe Virulenz zum periappendikulären Abszeß.

Die Rolle dieser Virulenz zeigt ein mitgeteilter Fall, in welchem es ohne jede Schleimhautulzeration, geschweige denn Perforation, in 48 Stunden zur septischen letalen Peritonitis kam; der histologische und bakteriologische Befund lassen hier von einem Erysipelas proc. vermiformis sprechen. (Reine Streptokokkenperityphlitis). Die Eintrittspforten des Virus können in solchen Fällen die häufig gefundenen Kotsteine schaffen, welche oberflächliche Läsionen hervorrufen. In 16 von 23 Fällen perforativer, beziehungsweise gangränöser Skolikoiditis fanden sich Kotsteine und konnten solche unter den 16 Fällen mit diffuser oder progredienter Peritonitis nur 5mal nicht nachgewiesen werden, die vielleicht auch durch Austreibung in die Bauchhöhle oder in das Cökum unauffindbar geworden sein mögen.

Die Veranlassung zur Bildung dieser Konkremente dürfte in einem primären Entzündungsprozeß zu finden sein. Bei katarrhalisch geschwellter Schleimhaut kommt es leicht zur Kotretention im Wurmfortsatz. Selten zeigt der Befund von Fremdkörpern den Mittelpunkt der Kotsteine. In einem vom Autor beobachteten, ausführlich mitgeteilten Falle, fand sich eine verrostete, hakenförmig gekrümmte Stecknadel ohne Spitze, an deren Krümmungswinkel sich eine Perforation der Appendix entwickelt hatte; der chronische Entzündungsprozeß hatte zu einer Oblite-

Digitized by Google

ration der Appendix geführt. Einmal fand sich ein Orangenkern, einmal ein mit Eiern gefülltes Oxyurisweibchen in dem durch Obliteration abgeschnürten ampullenförmigen Appendixende. Im allgemeinen ist jedoch der Befund von Würmern im Wurmfortsatz im Verhältnis zur großen Häufigkeit ihres Vorkommens im übrigen Darmtrakt und zur Häufigkeit der Skolikoiditis viel zu selten, als daß man ihren ätiologischen Wert überschätzen sollte.

Die Schwere der Skolikoiditisfälle erhöhen abnorme Lage-, Form- und Größenverhältnisse der Appendix, dann die nicht seltene Torsion des Processus vermiformis. In zwei von den beobachteten Fällen war diese besonders hochgradig; beide Fälle heilten. In dem einen bewirkte eine an zwei Stellen gefundene Achsendrehung eine rasche gangränöse Zerstörung aller Wandschichten. Die schlechte Gefäßversorgung erklärt dieses Moment. Im zweiten Falle handelt es sich um eine zweimalige schraubenförmige Windung der Appendix um ihre Längsachse und außerdem um einen entzündlichen Netztumor von außerordentlicher Größe. Für die Achsendrehung ist die Beweglichkeit des Wurmfortsatzes und seines Mesenteriolums ein ursächlicher Faktor.

Für die erstaunliche Widerstandskraft des kindlichen Organismus bei der Ueberwindung der diffusen Peritonitis im Anschluß an Perityphlitis (selbst bei entwickelten septischen Allgemeinerscheinungen) spricht folgende Erfahrung: Trotzdem bei 16 von 27 operierten Fällen bereits progrediente oder diffuse Peritonitis bestand, starben davon im ganzen 4 Fälle. Es genasen 9, darunter 3 Fälle, bei denen schon deutliche Zeichen von Allgemeininfektion bestanden. Bei allen Fällen leistete die Anwendung subkutaner Kochsalzinfusionen treffliche Dienste; sie wurden mehrmals täglich vorgenommen, milderten das Durstgefühl, sistierten das Erbrechen und erhöhten die Pulsspannung: Als ungünstiges Symptom möchte Autor eine höhergradige Leukopenie auffassen; sie scheint ein sicheres Zeichen dafür zu sein, daß der Organismus in dem Kampfe mit der Infektion erliegen müsse. Was jedoch die Indikationsstellung für die Operation betrifft, faßt Autor seine Ansichten dahin zusammen: Solange uns die klinische Symptomatologie in keinem Stadium der Erkrankung genügend Sicherheit gewährt, unsere Patienten bei abwartendem Verhalten vor jenen verhängnisvollen Ueberraschungen bewahren zu können, die durch die Operation vermeidbar sind, ist wohl die Forderung der unbedingten und sofortigen Operation einer jeden Skolikoiditis, in welchem Stadium immer sie uns zugeführt wird, voll berechtigt.

Die Ergebnisse seiner Betrachtungen faßt Vf. in folgende Sätze:

Die Skolikoiditis ist im Kindesalter noch weit häufiger, als beim Erwachsenen. Es überwiegen im Kindesalter die schweren „diffusen" Formen der Erkrankung. Die foudroyant zu schwer septischer Peritonitis führende, ausgedehnte Gangrän der Appendix ist hier nicht selten. Für die „schweren" Formen der Skolikoiditis in Betracht kommende kausale Momente sind: hohe Virulenz der Infektionsträger, Kotsteine (während wirkliche Fremdkörper wegen ihrer relativen Seltenheit keine wesentliche Rolle spielen), abnorme Lage-, Form- und Größenverhältnisse der Appendix, Zirkulationsstörungen, z. B. durch Torsionen des Proc. vermiformis. Die Widerstandskraft des kindlichen Organismus bei Ueberwindung der Peritonitis ist eine enorme; nur hochgradige Leukopenie scheint eine absolut infauste Prognose zu gestatten. Jede Skolikoiditis ist sofort zu operieren, sobald ihre klinische Diagnose feststeht. Für die Operation selbst ist unbedingt der abdominelle Weg, prinzipielle, sofortige Abtragung der kranken Appendix, sowie Aufsuchung und Entleerung aller eventuell vorhandenen Eiterherde zu empfehlen. Zur richtigen epikritischen Beurteilung einer Skolikoiditis, insbesondere zur Entscheidung darüber, ob es sich in einem konkreten Falle um „Pseudoappendizitis" gehandelt habe oder nicht, scheint die histologische Untersuchung des abgetragenen Wurmfortsatzes unerläßlich. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 1 u. 3, 1904.) Nrth.

Digitized by Google

f) Pankreas.

Beitrag zur Pathologie und Therapie der Pankreaserkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Zysten und Steine. Von Dr. Paul Lazarus.

Den Grundpfeiler für die Diagnose der Pankreaszysten bildet der Nachweis einer fluktuierenden, retroperitoneal gelagerten Geschwulst, welche vom Epigastrium oder dem linken Hypochondrium ausgegangen ist und Störungen in der Pankreasfunktion verursacht.

Der retroperitoneale Sitz wird an der Lagerung der Geschwulst hinter Magen und Querkolon erkannt; es findet sich also über der Geschwulst tympanitischer Schall. Am deutlichsten werden diese Verhältnisse nach Aufblähung des entleerten Magens und Darmes mittels Schlauch und Gebläse. In zweifelhaften Fällen kann eine Röntgen-Aufnahme des mit Wismutlösung gefüllten Magens und Darmes die Ueberlagerung der Geschwulst nachweisen. Der Magen liegt je nach der Wachstumsrichtung der Zyste oberhalb, vor oder unterhalb derselben. Das Querkolon kann den oberen oder unteren Pol der Zyste umgürten oder quer über sie hinwegziehen. Am häufigsten nimmt die Zyste die linke obere Bruchhälfte zwischen Schwertfortsatz, linken Rippenbogen und Nabel ein. Der Magen bedeckt am häufigsten das vordere obere Segment der Zyste, das Querkolon das untere. Zwischen Zyste und Leber liegt ein Streifen tympanitischen Schalles.

Aus diesen Lageverhältnissen, verbunden mit dem Nachweise der Fluktuation ergibt sich die Diagnose einer in der Bursa omentalis gelegenen Flüssigkeitsansammlung. Daß dieselbe dem Pankreas angehört, erfordert den Nachweis von Pankreasstörungen. Doch gibt es kein einziges pathognomonisches Pankreassymptom und nur das Zusammentreffen einer Reihe von Erscheinungen erlaubt den Schluß auf Pankreaserkrankung.

Für die Diagnose einer Pankreaszyste sprechen 1. Vorerscheinungen: vorangegangene Entzündungen des Magens, des Darms und des Pankreas, Infektionskrankheiten (Typhus, Malaria, Influenza). Am häufigsten ergibt die Anamnese bei Pankreaszysten Gastroduodenalkatarrhe und Unterleibstraumen (letztere in 30% aller Fälle). 2. Ausfallserscheinungen in der Pankreasfunktion: Diabetes, Fettstühle, mangelhafte Eiweißverdauung. Alle Ausfallserscheinungen sind bei Pankreaszysten selten, da gewöhnlich noch ein hinreichender Rest funktionstüchtigen Gewebes zurückbleibt. 3. Allgemeinerscheinungen: Abmagerung, Schmerzanfälle, Anämie, Entkräftung, Bronzefärbung der Haut und Schleimhäute. 4. Erscheinungen von Seite der Zyste selbst: Ruckweises Wachstum, intermittierendes An- und Abschwellen, Kompressionserscheinungen von Seite des Magens, Darms, Duktus choledochus etc.

Die Probepunktion ist wegen der Vorlagerung von Magen und Darm wegen der starken Vaskularisation der Zystenwand teils unmöglich, teils nicht ungefährlich. Sie ist nur dann entscheidend, wenn in der Punktionsflüssigkeit sämtliche drei Pankreasfermente, mindestens aber das tryptische und fettemulgierende Ferment deutlich vorhanden sind, doch sind gerade die letzteren ziemlich selten im Zysteninhalt zu finden. Das diastatische Ferment ist nicht eindeutig, da es sich auch in Aszitesflüssigkeit, sowie im Inhalte anderer abdominaler Zysten vorfindet. Die blutige Beschaffenheit des Inhalts kommt nicht nur bei anderen Zysten vor, sie kann selbst bei traumatischen Pankreaszysten fehlen, deren Inhalt manchmal wasserklar ist.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht:

Zysten und Echinokokken des rechten Leberlappens. Diese gehen gewöhnlich vom rechten oberen Bauchquadranten aus, während Pankreaszysten das Meso- oder Epigastrium ausfüllen. Die Echinokokken wachsen sehr langsam, liegen unmittelbar der Bauchwand an, geben daher gedämpften Schall und ergeben charakteristische Punktionsflüssigkeit. Zysten des linken Leberlappens können manchmal die Lagerungsverhältnisse einer Pankreaszyste imitieren, sie sind jedoch deutlich respiratorisch verschieblich. Auch

Digitized by Google

fehlt der tympanitische Streif zwischen Zyste und Leber, sie werden ferner bei Magenaufblähung nach aufwärts gedrängt und deutlicher palpabel, während Pankreaszysten hiebei zurückgedrängt und undeutlicher palpabel werden.

Gallenblasenzysten liegen an der charakteristischen Stelle, rechts vom M. rect. abdom., unter dem Leberrande der Bauchwand unmittelbar an, sind respiratorisch, manchmal auch seitlich verschieblich, haben meist birnenförmige Gestalt und sind häufig von klinischen Erscheinungen begleitet, die auf Erkrankung der Leber oder der Gallenwege, insbesondere Gallensteine, hinweisen.

Milzzysten werden niemals vom Darm überlagert, sie drängen die Darmschlingen nach rechts und liegen direkt der Bauchwand an.

Abgesackte, peritonitische Exsudate weisen bereits in ätiologischer und klinischer Beziehung auf ihren Ausgangspunkt und ihre Entstehung hin. Nur abgesackte Exudate infolge chronischer speziell tbc. Peritonitis können manchmal besonders schwierige differentialdiagnostische Probleme stellen.

Zysten der Magenwand, welche an der hinteren Wand sitzen, sind bei Fehlen von Pankreassymptomen von Pankreaszysten kaum zu unterscheiden.

Zysten der Darmwand sind frei beweglich, sowie nicht vom Darm überlagert.

Zysten im großen Netze liegen unmittelbar an der Bauchwand, in der Nabelgegend.

Mesenterialzysten charakterisieren sich, da sie meist im Mesenterium des Ileum sitzen, durch ihre Lage um den Nabel und große Beweglichkeit nach allen Richtungen.

Ovarialzysten und Pankreaszysten sind des öfteren miteinander verwechselt worden, wenn die aus dem Pankreasschweife hervorgehende Zyste sich bis ins Becken verlagerte. Auch sehr große Zysten, welche den ganzen Bauchraum ausfüllen, können der Diagnose Schwierigkeiten bereiten. Pankreaszysten entwickeln sich in der Regel in der oberen Bauchhälfte und steigen erst bei weiterem Wachstum herab. Ovarialzysten wachsen langsam und steigen asymmetrisch aus dem kleinen Becken empor, drängen die Därme nach oben und liegen vor dem Magen und Kolon. — (Zeitschr. f. klin. Med. LI. 3. u. 4. E. S.

(Fortsetzung folgt.)

g) Niere.

Die Hämaturie. Von S. Albarran. (Eröffnungsvorlesung des Wintersemesters 1903 in der Ecole de médicine de Paris).

Die Pathogenese der Hämaturie ist dieselbe, wie die der Hämorrhagien im allgemeinen. Die Ursachen sind nach Lancereaux in drei Klassen geschieden: die angiopathische, hämopathische und neuropathische. Bei der angiopathischen Hämorrhagie handelt es sich um vaskuläre Läsionen, um Störungen in der normalen Kontinuität der Gefäßwandung traumatischen oder pathologischen Ursprunges (im Sinne der Gussenbauer'schen Einteilung, Ref.). Das Trauma kann natürlich ein direktes oder ein indirektes sein (Schlag, Stoß, Ruptur durch erhöhten Innendruck etc.), wobei auch die Hämorrhagien im Gefolge der akuten Nephritis durch Kongestion und Diapedese bedingt, unter diese Gruppe subsummiert wird. Die pathologische Blutung, z. B. infolge Uebergreifen eines ulzerösen Prozesses auf die Gefäßwände (Tumoren), kann auch durch Endarteritis, nervöse Affektionen etc. verursacht sein, wobei das kongestive Element und die außerordentliche Brüchigkeit der Gefäße verantwortlich gemacht werden. Zur hämatogenen Hämorrhagie rechnet Vf. die Nierenblutungen im Verlauf der Purpura, Variola, Febris biliosa etc. Den Graviditätshämaturien sollen bislang unerforschte Autointoxikationen, den eigentümlichen periodisch wiederkehrenden Hämorrhagien bei Kindern ererbte Hämophilie zugrunde liegen. Gestützt wird diese Annahme durch die Kraus'schen Versuche, welche die Uebertragbarkeit einer wahrhaft hämolysierenden Substanz von Mutter auf Fötus ergaben, wobei nach einem Falle von Guthrie diese

Digitized by Google

prädisponierende Hämorrhagie auffallenderweise lediglich auf das Nierengewebe lokalisiert geblieben war, ohne daß allgemeine Hämophilie bestanden hätte. Die Blutveränderungen bei der hämatogenen Hämaturie betreffen zunächst die chemische Zusammensetzung des Blutes, Chlorverminderung verhindert die Gerinnungsfähigkeit, ebenso geringerer Kalkgehalt (Rhachitis). Ferner sind es Veränderungen in den geformten Bestandteilen, die hauptsächlich von Bordet, Ehrlich u. a. studiert wurden, hämolytische Substanzen, welche die roten Blutkörperchen auflösen. Zu diesen gehört nach Camar und Pagniez auch der Harn, der nach ihnen nicht nur hämolytisch für die eigenen roten Blutkörperchen, sondern auch für die eines anderen Individuums gewesen. Auch die weißen Blutkörperchen spielen selbstredend eine Rolle bei der Gerinnung, schon allein durch die Erzeugung des Proferments, einem Bestandteile des Fibrinferments. Als Ursache dieser hämatogenen Veränderungen werden Intoxikationen und Infektionen unterschieden. Von den Intoxikationen sind es sowohl Auto- als Heterointoxikationen speziell mineralische Gifte (Blei, Phosphor), medikamentöse (Santal, Kopaiva, Kantharіden). In neuester Zeit wurde man auch auf Hämaturien nach dem Gebrauche von Guajakolöl und Urotropin aufmerksam. Die Autointoxikationen haben ihren Ursprung im Digestionstrakt (Inanition, Gastrorrhagien), in Störungen der Leberfunktion (Cholémie familiale Gilberts), gestörter Nierentätigkeit, Gicht, den vorerwähnten Schwangerschaftstoxinen etc. Auch bei den Infektionen kommen hauptsächlich die bakteriellen Toxine in Betracht, welche sowohl die hämatogene Formel des Blutes direkt verändern, als auch die Gefäßwandungen selbst, deren Innervation, indem z. B. der Pyozyaneus die Vasokonstriktoren, das Tuberkulin die Vasodilatatoren schädigt. All diese hämatischen vaskulären und nervösen Störungen arbeiten sich gegenseitig in die Hände, um eine Blutung zu veranlassen.

Die neuropathische Hämorrhagie, früher essentielle genannt, bildete ein Streitobjekt diverser deutscher und französischer Autoren. Es handelt sich um Blutungen, die ohne nachweisbare Ursachen entstehen, sich oft wiederholen und meist ohne jede Bösartigkeit früher oder später ausheilen. Angeblich sollen Erkältungen, Erhitzungen u. dgl. die Gelegenheitsursachen abgeben, anderseits die bekannten vikariierenden Blutungen, welche gleich den Nasen-, Haut-, Lungen-, Magen-, Mammablutungen statt der Menstruation auch im Harnapparat auftreten. Die sogenannten nervösen Hämaturien sind teils durch Hysterie bedingt (emotive Hämorrhagia), angioneurotische Blutungen infolge moralischen oder physischen Shoks, auf welchen das von der Emotion ergriffene lokale Gefäßsystem mit einer Hämorrhagie reagiert. Ferner gehören zu dieser Gruppe jene Blutungen, die durch grobe Störungen des Nervensystems bedingt sind, durch Enzephalomyelopathien, allgemeine Paralyse, zerebrale und medulläre Hämorrhagien, Tabes dorsalis, Neuritis etc. Auch die profusen Blutungen bei geringfügigen Läsionen in der Niere (partiellen Entzündungen, kleinen Tumoren, lokalisierter Tuberkulose), die oft in krassem Mißverhältnisse zu der anatomischen Veränderung stehen, gehören unter dieses Kapitel. Der Umstand, daß derartige, sowie andere spontane Blutungen ohne nachweisbare Ursache wiederholt durch „nichtssagende" Eingriffe, Zystoskopie, Ureterenkatheterismus etc. standen, hat es zu dem Begriffe essentielle Hämaturie geführt. Meist aber ließen sich späterhin doch die Ursachen aufdecken, so daß Albarran vor der allzu raschen Anwendung dieser Diagnose warnt. — (Nach Monatsberichten f. Urologie, Bd. 9, H. 1, 1904.) Rich. Grünfeld.

h) Nervensystem.

Ueber zwei neue Hautreflexe an den unteren Extremitäten. Von Prof. E. Redlich, Wien.

Es handelt sich hier um physiologische, typische Reflexe, die von der Rückseite des Ober- und Unterschenkels auszulösen sind. Man prüft sie in der Bauchlage bei möglichster Entspannung der Muskula-

Digitized by Google

tur; die Füße hängen am besten frei über den Tisch- oder Bettrand hinaus. Streicht man nun mit einer Nadel in der Mittellinie des Oberschenkels abwärts, so tritt eine Kontraktion des Bizeps auf, die man am besten mit der aufgelegten Hand fühlt. Streicht man mit der Nadel längs der Mittellinie des Untershenkels abwärts, so erhält man eine Plantarflexion des Fußes und der Zehen. Beide Reflexe finden sich bei einer großen Zahl gesunder Individuen, sind aber nicht konstante Reflexe wie der Plantarreflex oder Bauchreflex. Der Reflex vom Oberschenkel her ist der häufigere von beiden. Sie sind bei jugendlichen Individuen lebhafter, sind bei Fällen zerebraler Hemiplegie wie alle Hautreflexe auf der hemiplegischen Seite schwächer als auf der gesunden. Sie sind auch in Fällen von Epilepsie (bei Kindern, dann bei Jackson'scher Epilepsie), wo die hemiparetischen Erscheinungen nur angedeutet sind, auf der betroffenen Seite schwächer. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 3, 1904.) Dr. Rosenthal.

Ein Reflex im Gesichte. Von Dr. A. Fuchs. (Aus der k. k. Univ., Klinik Prof. v. Wagners, Wien.)

Wagner hat beobachtet, daß, wenn man bei leichtem Lidschlusse einen geringen Fingerdruck auf den Bulbus ausübt, es zu einer Bewegung im Gebiet des Mundfazialis kommt, an welcher, wie es scheint, vornehmlich die Musculi zygomatici und der Quadratus labii superioris beteiligt sind. Es handelt sich hiebei offenbar um einen vom ersten sensiblen Trigeminusaste auf den Fazialis übertragenen Reflex. Fuchs fand den Reflex bei fast 50% der von ihm untersuchten Fälle. Bei einseitigen Druck auf den Bulbus tritt die Bewegung im bezeichneten Fazialisgebiete mitunter auf beiden Seiten auf. Der Reflex ist bei Reizzuständen im zu- oder ableitenden Teile des Reflexbogens gesteigert, bei Fazialislähmung fehlt er. Ob sich hiebei zentrale und periphere Lähmungen verschieden verhalten, konnte Fuchs nicht ermitteln. Auffallende Steigerung des Reflexes zeigten zwei Fälle von Tetanie. — (Neurol. Zentralbl., 2. Jänner 1904.) Dr. Rosenthal.

Zur Symptomatologie zentraler und peripherer Beinlähmung. Von Dozent Storch, Breslau.

In zwei Fällen von chronisch entstandener Lähmung eines Beines war die Lähmung auf ganz bestimmte Muskelgruppen verteilt. Gelähmt waren die Beuger der Hüfte und des Knies, sowie die Dorsalflexoren des Fußes, dagegen die Antagonisten intakt. Wernicke, der diesen Lähmungstypus als erster beschrieb, betrachtete ihn als charakteristisch für die zerebrale Hemiplegie. Er bezeichnete diese hauptsächlich gelähmten Muskeln als Prädilektionsmuskeln. Die Kenntnis dieser Tatsache ist eines der besten Hilfsmittel, um organische Lähmungen von funktionellen zu unterscheiden. Die Lähmung der Prädilektionsmuskeln beruht nach Wernicke und Mann auf einer Läsion der Pyramidenbahn, wofür in den angeführten zwei Fällen auch die Verminderung der passiven Beweglichkeit und die Steigerung der Sehnenreflexe der betroffenen Extremitäten sprachen. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 4, 1904.)

Dr. Rosenthal.

Ueber Erkrankungen des Hörnerven nach übermäßigem Genuß von Alkohol und Nikotin. Dozent F. Alt.

Ebenso wie Salizyl, Chinin, Chloroform etc., vermögen auch Alkohol und Nikotin den Hörnerven zu schädigen. Vf. schildert drei Fälle von progressiv zunehmender Schwerhörigkeit mit Ohrensausen bei starken Rauchern. Otoskopischer und Stimmgabelbefund waren vollkommen normal. Vollkommene Abstinenz führte zur Heilung, ebenso wie in einem vierten Falle, wo Alkoholabusus vorlag. Vf. meint, daß die große Zahl von Erkrankungen des schallempfindenden Apparats bei Männern in den Vierziger- und Fünfzigerjahren auf den allgemein verbreiteten Mißbrauch von Tabak und Alkohol zurückzuführen sei. Es handelt sich dabei um eine Neuritis des Hörnerven. In seltenen Fällen besteht zugleich Neuritis optica, die auf dieselbe Ursache zurückzuführen ist. Nur strikte Abstinenz führt in 6—8 Wochen zur Heilung, Einschrän-

Digitized by Google

kung des Tabaks- oder Alkoholgenusses ist nicht ausreichend, da schon minimale Mengen des Giftes den Nerven in seinem krankhaften Zustande erhalten. — (Wien. Med. Wochenschr. Nr. 5, 1904.)

Dr. Rosenthal.

Die Prognose der progressiven Paralyse. Von Dozent R. Gaupp, Heideberg.

Die progressive Paralyse führt in der Regel im Laufe weniger Jahre zum Tode. Ihre Dauer beträgt durchschnittlich 2—3 Jahre, bei Frauen einige Monate mehr, doch wird sie gewöhnlich zu kurz geschätzt, weil das nur von Laien beobachtete Anfangsstadium verborgen bleibt. Ausnahmsweise dauert der Verlauf über 10 Jahre. Rasch verlaufen die Formen agitierter „galoppierender" Paralyse, ferner die hypochondrische Form, langsamer die klassische Paralyse mit Größenwahn, ferner die zirkuläre und paranoide Form. Prognostisch ungünstig ist das Auftreten schwerer Sprachstörungen und spastischer Paresen. In jedem Falle können Remissionen eintreten. Die meisten Fälle von sogenannter Heilung beruhen auf falscher Diagnose. In der gesamten Literatur findet der Autor nur fünf Fälle von Heilung, die der Kritik standhalten. Bei einer Remission können sowohl die psychischen als auch die tabischen Symptome (Pupillenstarre, Westphal'sches Zeichen) zurückgehen, ebenso die Sprachstörung und die Ataxie. Wenn die Sprachstörung bei der Remission nicht schwindet, so ist diese nicht von langer Dauer. Ein Schwinden aller somatischen Symptome ohne psychische Besserung kommt nicht vor. Zum Wesen der Remission gehört vor allem eine Besserung der Demenz; in diesem Sinne gibt es nicht mehr als 10% Remissionen.

Die Heilung oder vollkommene Remission erfolgt häufig im Anschluß an eine schwere fieberhafte Erkrankung. Wagner hat daher in geeigneten Fällen künstliche Eitererregung durch abgetötete Streptokokkenkulturen angeraten. Die meisten Fälle von Heilung oder Stationärbleiben des Prozesses „progressive Paralyse ohne Progression" beruhen auf diagnostischen Irrtümern. Zu solchen Verwechslungen geben Anlaß Fälle von traumatischer Demenz, von diffuser arteriosklerotischer Rindenerkrankung, ferner diffuse gummöse Hirnerkrankung und die Dementia praecox. Es gehört der Verlauf und der Ausgang zum Wesen der Krankheit; die echte progressive Paralyse verläuft progressiv bis zum Tode. — (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 2 u. 3, 1904.)

Dr. Rosenthal.

i) Haut.

Ueber die tuberkulöse Erkrankung der Haut und Schleimhaut im Bereich der äußeren weiblichen Genitalien und die Beziehung der Tuberkulose zur Elephantiasis vulvae. Von Dr. Jesionek.

Unter 4500 weiblichen Individuen konnte Vf. im Laufe der letzten acht Jahre an der Klinik Posselt (München) 14 Fälle von tuberkulösen Prozessen im Bereich der äußeren Geschlechtsteile verfolgen. Nicht inbegriffen sind hierin drei weitere Fälle, bei welchen es sich um die deszendierende Form der Urogenitaltuberkulose nebst anderweitigen spezifischen Läsionen handelte. In den 14 Fällen, die sich auf 18—27jährige, meist der Prostitution ergebene Frauenzimmer bezogen, war die tuberkulöse Affektion des äußeren Genitales das dominierende Symptom des Prozesses. Die diagnostisch unterstützende Mitbeteiligung auf die Analgegend war achtmal zu verzeichnen. Für diese Kombination ist die Fortpflanzung der Infektion von dem erkrankten Intestinaltrakt auf die Analgegend, resp. von hier auf das Genitale nachzuweisen. Isolierte Erkrankung des Genitales ohne Komplikation des Mastdarmes und Anus fand sich in sechs Fällen. Fünfmal vermochte erst die mikroskopische, resp. bakteriologische Untersuchung den tuberkulösen Charakter der Affektion darzutun. Im übrigen war der positive Nachweis von Tuberkelbazillen in allen 14 explorierten Fällen zu erbringen.

In klinischer Hinsicht war stets das typische Bild der Tuberculosis miliaris an der Vulva, Urethra, Anus und Rektum zu verfolgen.

Digitized by Google

Die miliär-ulzeröse Zerstörung ging neunmal mit Fieber einher, wo jedoch stets anderweitige Komplikationen die Temperatursteigerung verschuldeten. Eine spezifische Allgemeinerkrankung war meistenteils auszuschließen, indes war der Genitalprozeß häufig mit anderweitigen tuberkulösen Organläsionen (Darm, Drüsen, Adnexe) vergesellschaftet und eher als Sekundärerkrankung zu bestimmen. Die von uns zu wiederholtenmalen konstatierte und zahlreich in Gesellschaften demonstrierte Kombination von miliär-ulzeröser Zerstörung und papillärer Wucherung, welche der Tuberkulose an den Schleimhautübergängen eigen ist, hat auch Vf. in einzelnen seiner Fälle beobachten können. Als eine Wahrnehmung seltensten Vorkommens wäre in dieser Hinsicht eine von uns in der Festschrift Kaposi (1900) veröffentlichte Form der primären Tuberkulose des äußeren weiblichen Genitales (bei einer Virgo) hinzustellen, die sich als eine Kombination von plaqueförmigen, verrukösen und papillomatösen Tumoren und miliär-ulzerösen Läsionen der kleinen und großen Labien, sowie des Introitus präsentierten. (Zur Klinik und Histologie seltener Formen der Hauttuberkulose, Dr. G. Nobl.)

Auch Vf. verfügt über einen Fall, der das gleichzeitige Auftreten sonst nicht gemeinsam beobachteter, tuberkulöser Manifestationen im Bereich des Genitales darbietet. Diesmal ergänzt das Skrophuloderma die ulzeröse Tuberkulose (23jähriges Mädchen, 7 Jahre krank, Uterus und Tuben mitergriffen), u. zw. ein primäres Skrophuloderma im Sinne Jadassohns. Wenn Vf. hiebei Anlaß nimmt, an der Hand seiner Wahrnehmung die Berechtigung einer Sonderstellung der von Riehl beschriebenen Tuberculosis fungosa s. fungus cutis anzuzweifeln, so glauben wir doch, daß der letztgenannten Krankheitskategorie charakteristische Attribute in genügender Zahl beigegeben sind, um sie aus der weitläufigen Gruppe der skrophulodermatischen Veränderungen zu isolieren. Schon der von Riehl betonte Bazillenreichtum der charakteristischen tumorartigen Gebilde, genügt für sich allein, um diese übrigens auch in klinischer Hinsicht gebotene Differenzierung streng beizubehalten. — (Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose.) N.

Ueber zwei Fälle von Antipyrinexanthemen. Von Dr. R. Löwy.

Aus der Klinik Pick in Prag bringt Vf. zwei medikamentöse Dermatosen zur Mitteilung, die sich den bekannten Eruptionsarten nach dem Gebrauche von Antipyrin angliedern und die geläufige Art der polychromatischen und bullösen Erythemform repräsentieren. Im Falle I handelte es sich um einen 46jährigen Mann, der nach einer geringen Menge Antipyrin schon nach wenigen Stunden unter begleitenden Kollapserscheinungen ein universelles, aus kronengroßen, braunroten Flecken bestehendes Erythem bekam. Auf Eisenchloridzusatz positive Harnreaktion (Antipyrin). In den nächsten Tagen blasige Nachschübe am Skrotum und an den Füßen. Abheilung unter Hinterlassung brauner Pigmentation.

Fall II betrifft einen 25jährigen Arbeiter, der nach 1 g Antipyrin kongestives Oedem des Gesichtes, Schwellung der Lippen, Zunge, blasige Abhebung der Lippen und Wangenschleimhaut, sowie an den Extremitäten porzellanartige Quaddeln aufwies.

Im ersten Falle war die von uns bereits wiederholt betonte temporäre Intoleranz der Antipyrinmedikation zu verzeichnen, indem der Kranke früher anstandslos das Mittel vertrug. Zur Erklärung der abnormen Reaktion möchte Vf. für diesen Fall ein beim Patienten seit Jahren bestehendes schweres Vitium heranziehen. Doch glauben wir, daß es bei disponiblen Individuen keinerlei krankhaften Veränderungen bedarf, um auf dieses Mittel hin mit den verschiedensten, selbst das Leben bedrohenden Erscheinungen zu reagieren. Speziell die erythematösen Veränderungen der Haut, gleichwie die schweren Kollapszustände, gehören bei der Antipyrinverabreichung bei

Digitized by Google

sonst organisch ganz gesunden Individuen zu den häufigen Vorkommnissen, wie das ja auch der Vf. im zweiten Falle illustriert. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 68, H. 1 u. 2, 1904.) N.

Zwei Fälle von ausgedehnten Ulzerationsprozessen an Mund und Genitalien hervorgerufen durch Diphtheriebazillen. Von Dr. Th. Schwab.

Die an Jakobis Klinik in Freiburg verfolgten Wahrnehmungen betrafen I. ein 16jähriges Mädchen mit flachen Geschwüren an der Innenfläche der Labien und an der Wangenschleimhaut und dem Zahnfleische. Die Ulzerationen zeigten einen festhaftenden, gelblichweißen, durch nekrotische Fetzen unterbrochenen Belag. Kulturen ergaben neben zahlreichen Staphylokokken und Streptokokken reichlich typische Diphtheriebazillen. Gleichzeitig bestand Rhinitis. Temperatursteigerung bis zu 40°. Abheilung der Ulzera ohne tiefere Narbenbildung. Rezidive nach zehn Monaten.

II. Gleichfalls eine 16jährige Frauensperson, mit kleinmarkstückgroßen, belegten Geschwüren an den großen Labien und Plaques opalin ähnlichen Stellen der Mundschleimhaut. Aus dem graugelben festhaftenden Belage der Genitalgeschwüre ließen sich diphtherieähnliche Stäbchen züchten (Serum, Agar, Bouillon mit 2%igem Traubenzucker). Die Tierversuche hatten negatives Ergebnis. Sonach dürfte es sich in diesem Falle eher um eine Art der Pseudodiphtheriebazillen gehandelt haben, wenn auch Vf. eher für die spezifische, d. h. pathogene Natur der Keimart eintritt.

Zu der minutiös durchgeführten Differentialdiagnostik, in welcher Syphilis, Ulcus venereum, Tuberkulose, Maul- und Klauenseuche, Pemphigus, berücksichtigt werden, hätten wir nur zu bemerken, daß die Ausschließung der Syphilis bei ihrer bekannten, äußerst variablen Erscheinungsweise in vollauf überzeugender Prägnanz nicht durchgeführt ist. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 68, H. 1 u. 2, 1904.) N.

Wieder einmal die Primula obconica Von A. Model.

Ein junger stämmiger Gärtner zeigt an der Volarseite der Vorderarme zahlreiche Papeln und kleine Bläschen auf rotem geschwollenen Grunde, ähnliche Veränderungen am Daumen, den Augenlidern und Wangen. Die Liddeckel ödematös geschwollen, die Konjunktiven tief entzündlich gerötet, Lichtscheu, Tränenträufeln, perikorneale Injektion.

Vor sechs Wochen hatte der Gärtner 120 Stöcke der Primula obconica „durchgeputzt", von ihren abgestorbenen Blättern befreit, worauf er — schon nach einigen Stunden — Jucken und Brennen an den eingangs erwähnten Stellen der oberen Extremitäten verspürte. Fleißige Ueberschläge mit Liqu. alum. acet. vermochten das Uebergreifen des papulös-erythematösen Ausschlages auf die Ohren nicht hintanzuhalten.

Diese zuerst von Hance beschriebene Primulaart (von Watters 1879 von China nach Europa gebracht) hat schon zu wiederholtenmalen für die Entstehung polymorpher Erytheme Anlaß gegeben.

Bis 1898 fanden sich etwa 50 Fälle zusammengestellt, die bald das Bild der papulösen Urtikaria, bald die Konfiguration multiformer Erytheme darboten und gelegentlich auch pemphigusähnliche Eruptionen zur Schau trugen.

Ob der in den behaarten Teilen der Pflanze wirksame scharfe Stoff ein kardolartiger ist, wie er bei gewissen Anakardiazeen zu finden ist und wie ein ähnlicher nach Pfaffs Untersuchungen in dem weit giftigeren Prinzip der behaarten Form von Rhus Toxikodendron auch angenommen wird (Toxikodendrol) oder ein saponinartiges Agens oder ein ätherisches Oel oder ein Harzkörper, entzieht sich vorläufig der Beurteilung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2, 1904.) N.

Die Staphylokokken des chronischen Ekzems. Von Dr. Fritz Veiel.

Auf Anregung Neissers unternimmt es Vf., die bakteriologische Seite der strittigen Ekzemfrage neuerdings in Angriff

Digitized by Google

zu nehmen, wobei ihm 20 Fälle des chronischen Hautkatarrhs das Testmaterial abgeben.

In allen 20 Fällen fanden sich Staphylokokken, u. zw. meist gelbe, in einigen wenigen Fällen weiße, sehr selten zitronenfarbene. Diese fast stets in Reinkultur darstellbaren Mikroben konnten mittels der Prüfung auf Agglutination (Kolle und Otto) und Hämolysinbildung (M. Neisser und Wechsberg) als mit den pathogenen Eiterkokken identisch festgestellt werden.

Stets war die Unterscheidung von den Staphylokokken der normalen Haut durchzuführen. Ohne hiemit die ätiologische Bedeutung der Staphylokokken für die Entstehung des chronischen Ekzems affirmieren zu wollen, geht aus diesen Untersuchungen immerhin hervor, daß ihnen für die Pathogenese des Prozesses eine gewisse Bedeutung zukommt. Da sich in den Frühstadien des chronischen Ekzems außer Staphylokokken andere Bakterien nicht finden, ist des weiteren der Schluß zulässig, daß dem chronichen Ekzem keine spezifischen Krankheitserreger eigen sind. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1904.)

N.

k) Auge.

Tuberculosis Conjunctivae. Von Dr. K. Rumszewicz.

Einem 32jährigen, sonst gesunden, hereditär nicht belasteten Manne fällt am 2. Jänner 1903 ein Fremdkörper ins linke Auge, der nach drei Tagen entfernt wird; seither tränt das Auge und ist des Morgens verklebt; am 1. März kommt es zur Beobachtung und da zeigt sich im äußeren Anteile der Bindehaut des unteren Lides ein Geschwür von schmutzig-graugelbem Grunde und unregelmäßigen, zerfressenen, erhabenen Rändern; in der inneren Hälfte der Conjunctiva tarsalis vier ähnliche kleine Geschwüre. Intumeszenz der präaurikularen Drüse. Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkelbazillen und tuberkulöses Gewebe; der in der Vorderkammer eines Kaninchens vorgenommene Impfversuch ergab nach sechs Wochen typische tuberkulöse Iritis.

Im Mai desselben Jahres war die ganze Bindehaut hahnenkammartig geschwellt und von Follikeln durchsetzt.

Das ganze krankhafte Gewebe wurde exzidiert, mit scharfem Löffel ausgekratzt und überdies mit dem Thermokauter kauterisiert.

Noch nach fünf Monaten nach der Operation bot der Kranke absolut keine Krankheitssymptome und konnte daher als vollkommen geheilt betrachtet werden.

Es steht jetzt fest, daß die im Jahre 1867 von Virchow aufgestellte Behauptung, die Konjunktiva könne nicht tuberkulös erkranken, nicht richtig ist; wir wissen jetzt, daß sämtliche Formen der Tuberkulose an sämtlichen Teilen und Geweben des Auges vorkommen können. Am häufigsten erkranken Bindehaut und Regenbogenhaut und zählen die bisher veröffentlichten Fälle von Konjunktivaltuberkulose über 130. Selbstverständlich sind das nicht alle vorgekommenen Fälle; ein Teil wurde nicht publiziert (Referent hat zwei Fälle eigener Beobachtung in der „Wiener Allgemeinen medizinischen Zeitung" 1901 publiziert und seither noch drei Fälle beobachtet, ohne sie zu publizieren), ein großer Teil wurde nicht diagnostiziert und bald für Follikularkonjunktivitis, bald für Trachom gehalten. Letzteres war namentlich in der vorbakteriologischen Zeit sehr leicht möglich.

Sattler will nun die Konjunktivaltuberkulose in vier Formen gruppieren:

1. Kleine, hirsekorngroße Geschwürchen an der Conjunctiva tarsi. Die Geschwürchen haben wenig erhabene, scharfzackige Ränder, unebenen, graugelblich belegten Grund.

2. Kleine, in Gruppen und Reihen geordnete, hauptsächlich im Fornix und in der Plica semilunaris auftretende, leicht zerfallende Knötchen. (Diese Form ist den Trachomfollikeln am ähnlichsten. Anm. des Referenten.)

3. Bedeutende warzenähnliche Wucherungen von dunkelroter Farbe, über die ganze Bindehaut zerstreut.

4. Hahnenkammartige Exkreszenzen, derbe, mit graugelben Knötchen besetzte

Digitized by Google

Wülste, in der Uebergangsfalte, dabei Geschwüre mit leicht blutenden Granulationen.

Es muß dem Autor beigestimmt werden, daß eine Einteilung in verschiedene Formen praktisch zwecklos ist, übergeht doch die eine Form in die andere und kommen mehrere Formen oft gleichzeitig bei einem Krankheitsfalle vor.

Die Differentialdiagnose ist bei Tuberkulosis conjunctivae durchaus keine leichte: Verwechslungen sind leicht mit gewissen Formen von Frühjahrskatarrh, mit Trachom, bei Vorhandensein von Geschwüren kommen differential-diagnostisch in Betracht: die äußerst seltenen katarrhalischen Geschwüre der Konjunktiva der Lider, Geschwüre aus dem Zerfall von Epitheliom, durch Vakzinagift erzeugte Geschwüre und syphilitische Geschwüre der Bindehaut.

Nach dem äußeren Aussehen der erkrankten Partie eine richtige Diagnose zu machen, ist selbst unter Berücksichtigung aller anderen Begleiterscheinungen (Anamnese, Dauer der Krankheit, Sekretion, allgemeine Symptome) schwer und bleibt die so basierte Diagnose immer nur eine Vermutungsdiagnose.

Sicher läßt sich die Diagnose Tuberculosis conjunctivae nur machen auf Grund bakteriologisch-mikroskopischer Untersuchung und auf Grund des Conheim'schen Impfversuches in der Vorderkammer.

Der Verlauf der Tuberculosis conjunctivae ist ein chronischer; gewöhnlich erkrankt nur ein Auge, nur in 6% aller Fälle waren beide Augen erkrankt. Das weibliche Geschlecht erkrankt häufiger als das männliche. 38% aller beobachteten Fälle betreffen das 10.—30. Lebensjahr, 32% das früheste Lebensalter. Nach Kunz kommen etwa 0·08% aller Augenkrankheiten auf Tuberkulose des Auges und darunter ungefähr die Hälfte auf Tuberculosis conjunctivae. Wie erfolgt nun die Infektion?

Nur bei tuberkulöser Erkrankung der Nasenschleimhaut, der Rachenschleimhaut und der Gesichtshaut ist es eine sekundäre Tuberkulose und kommt eine solche nahezu nie bei Darmtuberkulose vor. Als primäre lokale Tuberkulose tritt sie nach Verletzung mit Fremdkörpern auf und dafür spricht auch der Umstand, daß sie sehr häufig im Sulcus subtarsalis, bekanntlich dem Lieblingssitz der Fremdkörper, auftritt. Quoad therapiam muß betont werden, daß Spontanheilung beobachtet worden ist, Behandlung mit Jodoform oder Milchsäure ist wohl gut; allein das Beste bleibt unbedingt frühzeitige operative Behandlung. — (Postep okulistyczny, XII., 1903.) Dr. Jänner.

l) Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ueber die sogenannte Justus'sche Haemoglobinprobe bei Syphiliskranken. Von L. Feuerstein.

Daß das Blut im allgemeinen durch die Erkrankung an Syphilis gewisse Veränderungen erleide, die sich mit dem Schwinden der Krankheitserscheinungen auch wieder ausgleichen, ist seit langem bekannt. Dagegen hat Justus eine Reaktion des syphilitischen Blutes angegeben, die in leichter Ausführbarkeit innerhalb 48 Stunden in zweifelhaften Fällen die Diagnose Syphilis gestatte, die sogenannte Hämoglobinreaktion. Der Hämoglobingehalt des Blutes vermindere sich bei nichtbehandelter Syphilis, um mit dem spontanen Rückgang der Erscheinungen wieder seine normale Höhe zu erreichen; werde aber in den erkrankten Organismus auf einmal eine große Quantität Hg gebracht, so trete zunächst ein weiteres Absinken um 10—12 Grade der Fleischl'schen oder Gower'schen Skala ein. Dieser plötzliche Abfall auf die Applikation einer entsprechenden Quecksilberdose ist es, welcher die Justus'sche Reaktion darstellt, da sie weder an Gesunden, noch anderweitig Erkrankten beobachtet werde. Vor Durchführung der Reaktion muß der Hämoglobingehalt vor der ersten Hg-Applikation zumindest an zwei Tagen zu gleicher Stunde festgestellt werden und hierauf, je nach Art der angewendeten Medikation, bei Einreibun-

Digitized by Google

gen, die abends stattgefunden, am nächsten Morgen, bei intramuskulären Sublimatinjektionen nach 8—9 Stunden, bei schwer löslichen Präparaten nach 24 Stunden.

Bloß mit diesem Teile der Justus'schen Thesen beschäftigt sich der Autor, da nach seinen Anschauungen, die übrigens mit den Ergebnissen zahlreicher Untersuchungen übereinstimmen, sich von vorneherein in den Aenderungen des Hämoglobingehaltes während der Hg-Kur keine Gesetzmäßigkeit erwarten lassen könne. Die Zahl seiner Untersuchungen bezüglich des zweiten Punktes, die sich an die Vorschriften von Justus vollständig anlehnen, beträgt 45 Patienten (26 Fälle florider sekundärer Syphilis, 4 tertiärer Syphilis, 2 mit Primäraffekten und bereits eingetretener Drüsenschwellung entfernter Bezirke (von Justus betont), 1 Fall mit Primäraffekt ohne solche Schwellung, 5 Fälle von in Involution begriffener sekundärer Syphilis, 7 anderweitig Erkrankte ohne Syphilis). Der Effekt dieser Untersuchungen zeigt zunächst, daß tatsächlich, der Annahme des Autors entsprechend, die Einwirkung des Hg auf den Hämoglobingehalt im allgemeinen in keiner Weise charakteristisch sei, es ist der Hämoglobingehalt im Verlauf der Quecksilberbehandlung nur geringen Schwankungen unterworfen.

Was die eigentliche Justus'sche Reaktion anlangt, so zeigen von den 32 Kranken mit florider Syphilis bloß 4 Fälle das angegebene rapide Absinken des Hämoglobingehaltes, 2 Fälle zeigen das gerade Gegenteil, Steigen dieses Gehaltes um 10 Grade, 26 Fälle reagieren gar nicht oder kaum. Auch im Verhalten der anderweitig Kranken zeigten sich analoge Unregelmäßigkeiten, 5 zeigten keinerlei Schwanken, einer ein Steigen, ein anderer ein Sinken um 10 Grad. Daraus erhelle, daß die Annahme einer charakteristischen Hämoglobinreaktion im Sinne Justus eine irrige sei und daß von einer spezifischen Hämoglobinreaktion nicht die Rede sein könne. — (Arch. f. Derm. u. Syph., LXVII.) D.

m) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Beobachtungen über Koplik'sche Flecke, Diazoreaktion und Fieber bei Masern. Von Dr. Otfried Müller.

Eine im Winter 1902/03 in Marburg herrschende Masernepidemie, in deren Verlauf 215 Masernkranke in Behandlung der medizinischen Poliklinik standen, ergab Gelegenheit zu diagnostischen Untersuchungen, die folgende Ergebnisse lieferten:

Die Koplik'schen Flecke sind ein in reichlich vier Fünftel der Fälle vorhandenes, häufig schon am ersten Krankheitstage auftretendes Frühsymptom der Masern; sie sind jedoch für sich allein für Masern nicht pathognomonisch, da sie wiederholt auch bei Röteln beobachtet wurden.

Die Diazoreaktion im Harn ist auf der Höhe der Krankheit fast ausnahmslos nachweisbar, sie tritt in der Regel erst mit dem Ausbruche des Exanthems auf und ist demgemäß kein Frühsymptom.

Die Fieberkurve der Masern weist in den meisten unkomplizierten Fällen im Beginn des katarrhalischen Stadiums eine kurze, starke Steigerung auf; dieser folgt eine ein- bis zweitägige Intermission und nunmehr tritt ein rasch ansteigendes, zirka vier Tage dauerndes kontinuierliches Fieber ein, das meist kritisch wieder abfällt. Seltener steigt das Fieber allmählich remittierend oder ohne jede Vorboten plötzlich und schroff an. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 1904.) Nrth.

Ein neues, als selbständig erkanntes akutes Exanthem. Von Dionys Pospischill.

Das beobachtete Exanthem stellt im Gesicht eine diffuse Rötung der Wangen, am Stamme einen konfluierenden oder großfleckigen Ausschlag, an den Extremitäten diskrete, kleine, zusammenfließende Flecken dar, hier stellenweise auch ein aus verschieden großen rosaroten Ringen zu marmorierter Röte konfluierendes Exanthem. Die Effloreszenzen sind makulös, papulös oder quaddelartig von rosaroter bis bräunlichroter Färbung.

Digitized by Google

Das harmlose Exanthem (bisher viermal beobachtet) geht ohne Schleimhautkatarrh einher, wird manchmal durch Brechreiz oder Fieber eingeleitet, die Temperatur war bis auf einen subfebrilen Fall normal. In zwei Fällen bestand ein zartes Enanthem an Gaumen und Wangen, einmal Angina, zweimal geringe Konjunktivalinjektion, einmal geringe Bronchitis, immer etwas Drüsenschwellung und deutlicher Milztumor.

Das Exanthem ist von Rubeolen und Morbillen zu trennen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 7, 1904.) Nrth.

Neue Arzneimittel und Rezeptformeln.

Eumydrin oder Atropinmethylnitrat entsteht durch Umwandlung der tertiären Base des Atropins in eine quaternäre als weißes, geruchloses, wasserlösliches Pulver. Anwendung findet es als Mydriaticum anstatt des Atropinsulphats. Nach Dr. Goldberg kommt dem Atropinsulphat eine etwa zehnmal stärkere Wirkung als dem Eumydrin zu und nach Lindenmeyr nimmt Eumydrin in schwachen Lösungen eine Mittelstellung zwischen den meist gebräuchlichen 1%igen Homatropin- und Atropinlösungen ein und in stärkeren Konzentrationen erreicht es beinahe die Wirksamkeit des Atropins.

Ichthyolidin = Piperazinum thiohydrocarbüro-sulfonicum, eine Verbindung des Piperazins mit der Ichthyolsulfosäure, stellt ein schwarzbraunes, amorphes Pulver von etwas bitterlichem, unangenehmen Geschmack dar. Es enthält 7% Piperazin. In Wasser und in den üblichen Lösungsmitteln nahezu unlöslich, zersetzt sich das Ichthyolidin in der Hitze unter Bildung brennbarer Gase, Wasser, Ammoniakverbindungen, stickstoffhältiger Basen u. a. m. Bei weiterem Erhitzen verflüchtigt sich die Substanz, ohne einen merkbaren Rückstand zu hinterlassen. Ueber die Wirkung des Ichthyolidins berichtet Dr. Fr. Dorn (Therap. Monatshefte, Juni 1903). Es soll im Organismus einen Oxydationsprozeß herbeiführen, welcher der Entstehung der Harnsäure entgegenwirke, oder eine weniger schädliche stickstoffhältige Verbindung zur Folge habe. Durch die Verhinderung der Harnsäureentwicklung übe aber das Präparat einen therapeutischen Einfluß aus, welcher sowohl bei akuten typischen Gichtanfällen, wie auch bei chronischen Fällen von harnsaurer Diathese erkennbar ist. Nach den Erfahrungen des Autors hätten alle Patienten das Mittel ohne schädliche Nebenwirkung gut vertragen, daher er dasselbe zur Behandlung der Gicht empfiehlt.

Chlormethylmenthyläther von der Formel $C_{11}H_{21}OCl$ besitzt die Eigenschaft, in Verbindung mit feuchter Luft (Nasenhöhle) oder auch warmem Wasser, bezw. in warmem Oele von 30—40° C., bezw. 50—60° sich in Menthol, Formalin und Salzsäure zu zerlegen. Dabei wird die Salzsäure von dem flüssigen Medium aufgenommen, während die beiden anderen Stoffe auf dem Wege der Einatmung in die oberen Luftwege dringen. Man kann aber bereits eine Wirkung erzielen, wenn man eine trockene Anwendung des Aethers vornimmt. Zu diesem Zwecke wird eine mit dem Aether getränkte Watte, die in Blechschächtelchen stets sorgfältig verschlossen zu halten ist, verwendet. Bei beginnendem oder leichtem, bereits eingetretenem Schnupfen genügt es dann, kleine, die Nasenöffnung nicht verschließende Kügelchen der Watte in den Nasenhöhlen (vorn) zu tragen. Nach Abdunstung des Aethers sind sie zu ersetzen. Das zur Anwendung des Mittels dienende Nasenglas ist ballonförmig mit breiter Grundfläche und besitzt eine größere Oeffnung, durch welche das Eingießen des warmen Wassers (man fülle das Gefäß halbvoll an) und nachher des Aethers (4—6 Tropfen) zu erfolgen hat. Die Einatmung geschehe durch die zwei am Glase angebrachten olivenförmigen Röhrchen, die wie eine Gabel in die Nasenlöcher einzuführen sind. Besser noch ist, vorerst über jede Olive ein Stückchen Gummirohr zu stülpen, umso bequemer diese, nunmehr elastischen Röhrchen jedem Nasenloch an-

Digitized by Google

zupassen. Das warme Wasser besorgt die Zerlegung des Aethers und es müssen die Dämpfe so eingeatmet werden, daß man das Menthol deutlich im Rachen fühlt. Allmählich läßt die stärkere Empfindung für diesen Bestandteil nach und dann wird deutlich das Formalin wahrgenommen. Zu starkes Erwärmen des Wassers reizt. Der Chlormethylmenthyläther kommt unter dem Namen „Forman" in den Handel. — (Pharm. Post.)

Bei Cholelithiasis:

Rp. Iridini, Fell. taur. depur. sicc. āā 5·0
Muc. gumm. arab. q. sat.
ut f. pilul. Nr. C.

D. S. Dreimal täglich zwei Pillen zu nehmen.

Bei Dysurie:

Rp. Tinct. lycopodii clavati 25·0
Mixtur. gummos. 120.0
Syr. balsam. 30·0

D. S. Dreimal täglich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Bei Hyperidrosis manuum:

Rp. Balsam. peruviani 1·0
Acid. formic. 3·0
Chloral. hydrat. 5·0
Spirit. vin. conc. ad 100·0

D. S. Zum Einreiben der Hände.

Bei Epheliden:

1. Rp. Acid. tannic., Acid. carbol. liquefact. āā 2·5
Tinct. jod. 10·0
Vaselini ad 100·0

D. S. Dreimal täglich aufzutragen.

2. Rp. Zinc. sulfur. 2·50
Camphor. trit. 0·50
Plumb. acet. bas. sol. 2·50
Mercur. subl. corros. 0·50
Spirit. vin. conc. 10·0
Vitelli ovi I
Aq. font. ad 200·0

D. S. Morgens das Gesicht bestreichen und nach zwei Stunden abwischen.

Bei Gicht:

Rp. Extr. physal. alkekeng. spiss. 15·0
Liq. natr. silic. 5·0
Pulv. teucr. chamaedryos q. sat.
ut f. pilul Nr. LX.

D. S. Dreimal täglich zwei bis drei Pillen zu nehmen.

Als Expectorans:

1. Rp. Terpin. hydrat., Balsam. tolutan. āā 3·0
Extr. gentian. q. sat.
ut f. pilul. Nr. XXX.

D. S. Dreimal täglich zwei Pillen nach der Mahlzeit zu nehmen.

2. Rp. Ol. juniper. empyreumat., Resin. benzoës āā 2·0
Pulv. ipecac. opiat. 1·0

M. f. pilul Nr. XL. D. S. Dreimal täglich zwei Pillen nach den Mahlzeiten zu nehmen.

Bei Lungentuberkulose:

1. Rp. Ol. jecor. aselli 100·0
Jodoformii 0·25
Ol. anisi 0·5

D. S. Mittags und abends nach der Mahlzeit ein Eßlöffel voll zu nehmen und allmählich auf dreimal täglich zwei Eßlöffel voll zu steigen.

2. Rp. Guajacoli purissimi 1·0
Aq. destill. 180·0
Spirit. vin. Cognac ad 200·0
Dtr. ad lag. nigr.

D. S. Dreimal täglich ein Kaffeelöffel voll mit Wasser oder Lebertran zu nehmen und auf dreimal täglich ein Eßlöffel voll zu steigen.

3. Rp. Kreosoti 5·0
Spirit. vin. conc., Syr. bals. peruv., Aq. destill. āā 100·0

D. S. Dreimal täglich zwei Eßlöffel voll in Wasser zu nehmen und auf sechsmal täglich drei Eßlöffel (!) voll zu steigen.

4. Rp. Kreosoti 4·0
Ol. amygd. dulc. 25·0
Vitell. ovi I
Aq. destill. ad 200·0

D. S. Zum Klysma.

Digitized by Google

Bücher-Anzeigen.*)

Handbuch der Hautkrankheiten. Herausgegeben von Prof. Dr. F. Mračeck. Wien 1903. Verlag von A. Hölder.

Des III. Bandes neue Lieferungen (pag. 240 bis 560) enthalten die Beschreibung des Xeroderma pigmentosum, der Atrophia cutis, des Lupus erythematosus und der gutartigen Neubildungen der Haut.

Jadassohns ebenso intensive als stets ursprüngliche Schaffenskraft hat mit der Schilderung des synonim- und formenreichen Lupus erythematosus eine Leistung gezeitigt, die nicht nur an die Spitze der im Handbuch gebotenen Beiträge zu stellen ist, sondern auch eine wertvolle Komplettierung der klassischen Monographien unseres Faches bedeutet. Die lückenlose Verwertung aller Einzelbefunde, die organische Verschmelzung der weit auseinandergehenden Anschauungen und Hypothesen, die kritische Würdigung aller histologischen und experimentellen Ergebnisse aller therapeutischen Empfehlungen haben hier ein Werk entstehen lassen, das von Seite zu Seite des selbständigen Forschers, objektiven Kritikers und hochgeschulten Klinikers Meinungen und Ansichten zum Durchbruch kommen läßt und derart als Wissensbekenntnis vornehmster Provenienz die weitgehendste Anerkennung verdient.

Bei Betrachtung des erschöpfenden Inhaltes von Jadassohns Beitrag müssen wir hervorheben, daß außer ihm nur Unna (Ekzem), Janovski (Keratosen) und Joseph (gutartige Neubildungen) den Zweck voll ins Auge gefaßt haben, welchen ein Handbuch großen Umfanges erfüllen soll. Hier kommt es weniger darauf an, der Klinik und Therapie der Einzelaffektionen in abgerundeten Bildern gerecht zu werden, als vielmehr darauf, die Gesamtleistungen auf histopathologischem, experimentellem und diagnostisch-therapeutischem Gebiete zu beleuchten und der Analyse zu unterziehen. In Anstrebung dieses Zieles sollten denn auch in die Redaktion ähnlicher Enzyklopädien ausschließlich solche Fachmänner berufen werden, die im Rahmen der Disziplin ihre Forschung wieder auf engere Bezirke beschränken und in diesen als Autoritäten gelten.

In dieser Hinsicht reiht sich Joseph den früher erwähnten Autoren an, indem er sich bei Beschreibung der Fibrome, Keloide, Narben, Lipome, Xanthome, Kondylome, Atherome, Dermoide und Naevi der gebührenden Ausführlichkeit befleißt.

Der undankbaren Aufgabe, das in ihrer Pathologie noch vielfach unklare, Schwankungen und Verschiebungen unterworfene Gebiet der Hautatrophien zu bearbeiten, hat sich Grosz unterzogen und ist hiebei in sehr übersichtlicher Weise vorgegangen. In sechs Abschnitten bringt Vf. die angeborenen Formen der Hautatrophie, die senile Degeneration, die sogenannte idiopathische Hautatrophie, die Striae und maculae atrophicae, die Kraurosis vulvae, sowie die von E. Fuchs beschriebene Blepharochalasis unter.

In der Gruppe der idiopathischen progressiven Hautatrophie werden in zusammenfassender Betrachtung die Erythromelie Pick, die Akrodermatitis Herxheimer und das Erythema paralyticum Neumann abgehandelt. Dies mit vollem Recht, indem sich all diese Prozesse in ihren Hauptcharakteren decken und die oft nur individuellen Differenzen kaum die diagnostische und nominelle Scheidung rechtfertigen. Ebenso kann der Einbeziehung aller Formen des makulösen Hautschwundes — dessen eine oder andere Art fast bei jedem Menschen als ganz nebensächlicher akzidenteller Befund zu erheben ist — in ein gemeinschaftliches Symptomenbild nur bestens beigepflichtet werden.

Löwenbachs Abhandlung über das Xeroderma pigmentosum dürfte seine letzte literarische Leistung gewesen sein und zeigt, wie alle früheren Arbeiten, den Ernst und Fleiß, mit welchem er sein Fach betrieb. N.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Ueber Verhütung und Behandlung der Blinddarmentzündung, sowie über die mögliche Bedeutung des Wurmfortsatzes im Haushalte des Körpers.

Von Dr. **Walther Nic. Clemm**, Arzt für Verdauungskrankheiten, in Darmstadt.

Ich habe im ersten vorjährigen Augusthefte des von Noorden'schen Zentralblattes für Stoffwechsel- und Verdauungs-Krankheiten „Beiträge zur Beurteilung des Wurmfortsatzes, sowie zur Verhütung und Behandlung der Blinddarmentzündung“ veröffentlicht, welche hinsichtlich wichtiger Grundfragen mit den von Robin im letzten vorjährigen Julihefte des „Bull. gén. de thérap.“ übereinstimmen. Eine Besprechung der Arbeit des bekannten Pariser Klinikers gibt mir Veranlassung, das Thema nochmals zu bearbeiten, zugleich möchte ich das Heilverfahren einem erweiterten Leserkreise, der das Zentralblatt nicht hält, vortragen.

Es dürfte daher bei der Bedeutung der aufgerollten Frage von Wichtigkeit sein, die beiden Arbeiten, welche, verschiedene Wege verfolgend, im wesentlichen am Ziele zusammentreffen, miteinander in Vergleich zu setzen, zumal ich mir gerne die überlegene Erfahrung des Pariser Klinikers zu Nutzen mache und eine Vervollständigung des Heilverfahrens auf Grund seiner Angaben demselben nur ersprießlich sein kann.

Meine Ueberlegungen gingen von der Auffassung aus, daß der Wurmfortsatz keineswegs als ein überflüssiges Anhängsel oder als ein sogar schädliches Ueberbleibsel aus der „Tierreihe“ aufzufassen und mithin nicht ohne zwingenden Grund chirurgisch zu entfernen sei. Robin erhebt auf Grund seiner klinischen Erfahrungen Widerspruch gegen die operative Behandlung der Entzündungen am Wurmfortsatz und verwirft ebenso wie ich die — als einzige innere Behandlungsweise zur Zeit allgemein übliche — Opiumdarreichung.

Zunächst seien hier meine Anschauungen über die Bedeutung des eigentümlichen, als Anhang dem eigentlichen Darmschlauche angefügten Gebildes ausgeführt. Der ständige Bewohner unseres Dickdarmes, der in mehrere, noch nicht bekannte Arten sich gliedernde Spaltpilz Bacterium coli hat nach Bienstocks Ermittlungen eine besonders wichtige Rolle im Darme zu spielen. Nach dieses Forschers Schilderung besitzen die genannten Einzeller die Eigenschaft, alle Fremdlinge anderer Art, welche mit der Nahrung oder durch Verschlucken von Staub, Wasser u. s. f. in den Darm gelangen, anzupacken und vermöge ihrer überlegenen Zahl, wohl auch durch ihre Eingewöhnung in die Lebensverhältnisse des Verdauungsschlauches alsbald unschädlich zu machen.[1])

Anderseits steht ja leider fest, daß dieser Menschenfreund sehr leicht zu seinem Feinde werden kann, wenn er in Ueberzahl oder durch irgendwelche Erzeugnisse des Stoffwechsels gereizt, seinerseits heftige Durchfälle oder Entzündungen erregt; so wird ja gerade diese Form als Ursache des gallensteinbildenden Katarrhs angesehen und liegt sicherlich auch anderen, meist mit Kotstauung einhergehenden Krankheiten zugrunde. Stets aber, so glaube ich, handelt es sich als-

[1]) Vgl. hiezu den nach Niederschrift dieses mir zugegangenen ausgezeichneten Aufsatz von J. Straßburger in Nr. 52 des vorjährigen Jahrganges der Münch. med. Wochenschr.

Digitized by Google

dann um Mischinfektionen, zumal nach den weiter unten nochmals angeführten Mitteilungen von J. Straßburger leider gerade die eiterungserregenden Strepto- und Staphylokokken dem Stäbchen widerstehen. Sicherlich ist aber v. Behrings Anschuldigung, welche er zusammen mit Much in der Neujahrsnummer der „Therapie der Gegenwart" und gleichzeitig der „Woche" gegen Bakterium coli erhebt, eine einseitige, da diese Autoren dem Nutzen, welchen unter normalen, gesundheits- und zweckmäßigen Ernährungsbedingungen die Spaltpilze für den Darm besitzen, nicht Rechnung tragen. So spielen die Bakterium coli-Pilze die Rolle des getreuen Eckhardt im Darme, indem sie einerseits vor unzweckmäßiger Nahrungsaufnahme — wie dies z. B. abgekochte Milch u. a. ist, welche für Säuglinge anfangs geradezu schädlich wirken kann (vgl. die allgemeine Erfahrung und von Behrings experimentelle Begründung in der angeführten Arbeit) — warnen und anderseits, wie ich noch ausführen werde, Infektionserreger davon abhalten, dem Darme gefährlich zu werden. Ist als „Disposition" zur Tuberkulose nach von Behrings eigenartiger, allerdings sehr zweifelhafter Ansicht eine latent gebliebene Tuberkuloseinfektion aus dem Säuglingsalter in der Mehrzahl der Fälle anzunehmen, so besteht sie ganz gewiß bei manchen Darmerkrankungen in der Verarmung des Organs an seinen Schützern.

Die auffallende Erscheinung, daß bei unzweifelhafter Infektion mit krankheitserregenden Spaltpilzen doch meist nur solche Menschen erkranken, welche bereits vorher eine Verdauungsstörung sich zugezogen hatten, findet so leicht ihre Erklärung dadurch, daß in solchen Fällen die Schützer des Darmes durch Durchfälle hinweggeschwemmt oder auf andere Weise verringert waren. Die „Disposition" zur Cholera und zum Typhus würde also wohl in einer Verarmung des Darmes an seinen gewöhnlichen Bewohnern zu suchen sein, eine Tatsache, für welche ja viele Beispiele im Leben bestehen: Der kleine Einwohner eines größern Organismus sucht seinen Wirt vor Schädlichkeiten zu seinem eigenen Vorteile zu bewahren.[2]) Allerdings kommt dieser Schutz gerade bei dem angeführten Beispiele der Cholera asiatica wohl weniger häufig in Betracht wegen der außerordentlichen Empfindlichkeit der zarten Kommabazillen gegen Säure; schon die Salzsäure des gesunden verdauenden Magens vermag ihnen den Garaus zu bereiten. Gar nicht in Betracht kommt dieser Gesichtspunkt aber hinsichtlich des Bacillus typhi und all der vielen anderen Schädlinge, welche ständig — wie der sporentragende Trommelschlägelbazillus des Wundstarrkrampfes u. a. — unsere Schleimhäute im Darme bedrohen. Manchesmal vermöchte letzterer von einer kleinen Verletzung aus seine verderbenbringende Tätigkeit zu entfalten, wenn nicht die Darmwächter ihn zuvor erfaßten und unschädlich machten. Und daß ihnen auch dem Cholera vibrio gegenüber trotz der bereits gemachten Einschränkung oft genug ihre segenbringende Tätigkeit zu entfalten Gelegenheit geboten ist, das beweist die von altersher angesichts des schwarzen Todes gegebene Warnung vor Störungen der Darmtätigkeit. Um die Mitte des vorigen Jahrhunderts hat der Heidelberger Professor Pfeuffer in seinem Schriftchen „Zum Schutze wider die Cholera" aufs Eindringlichste gemahnt, die Darmverdauung peinlichst vor Störungen zu behüten, um nicht dem Würgengel zum Opfer zu fallen.

Diese Tatsachen leiten über zu meiner Auffassung vom Zwecke des Wurmfortsatzes.

Wenn heftige Durchfälle mit dem Darminhalte in großer Anzahl die ihn bevölkernden Darmpilze aus dem Körper entfernt haben, steht den eindringenden Fremdlingen zunächst die Darmwache nicht gegenüber. Aber ein Teil derselben hat eine sichere, abseits von den Strömungen im Hauptrohr gelegene Siedelung in der blindgeschlossenen Bucht des Anhanges. Hier hausen die Schirmherren des Darmes und machen dem anstürmenden Feinde ent-

[2]) Siehe Note [1]) auf vorhergehender Seite.

Digitized by Google

gegen einen Ausfall aus ihrer Umwallung; und in letzter Stunde kann noch der Ausgang ihres Kampfes mit den Eindringlingen über Leben und Tod ihres Wirtes entscheiden.

Das also wäre nach meiner Ansicht die Bedeutung des Wurmfortsatzes und der Grund, weshalb seine Beseitigung ohne zwingende Not mir als unberechtigter Eingriff erscheint: Ich sehe in ihm die Brut- und Niststätte der für uns so wichtigen Kleinlebewesen. Abgesehen von dieser Polizeitätigkeit der Angehörigen der Gruppe Bacterium coli — die ja allerdings, wenn gereizt, auch zur ernsten Gefahr für ihren Wirt zu werden vermögen — kommt ihnen noch eine haushälterische Eigenschaft von Wichtigkeit zu: Die Holzfaser wird erst im Dickdarm des Pflanzenfressers unter dem Einflusse der Spaltpilze für die Verdauung nutzbar gemacht. Es ist selbstverständlich, von dieser Tatsache auch auf den Menschen zu schließen, und die Frage ließe sich leicht entscheiden, wenn gelegentlich Herausnahme des Wurmfortsatzes von Vegetarianern beobachtet würde, ob diese ihre Pflanzenkost dann noch ebenso gut wie zuvor aufzuschließen und zu verwerten vermöchten: Solche Beobachtungen sollten bei Vertretern strengster Richtung der alleinseligmachenden Pflanzennahrung gelegentlich von Chirurgen angestellt werden!

Die klinischen Beobachtungen, welche Robin zum Gegner der Operation gemacht haben, mögen jetzt folgen; ich füge ihnen anderer Aerzte übereinstimmende Ergebnisse bei.

Selbstredend handelt es sich hiebei nur um Fälle einfacher, örtlich beschränkt bleibender Entzündungen des Wurmfortsatzes und seiner Umgebung, der meist „Appendizitis" genannten Erkrankung. Gegen diese sprachliche Mißbildung hat sich bereits Nothnagels Gymnasialgewissen aufgelehnt, indem er die Wortbildung „Skolikoiditis" (von σκώληξ der Wurm) dafür vorschlug; weit einfacher aber läßt sich ein von anderer Seite geschaffener Ausdruck, welcher sprachlich durchaus einwandfrei ist, einbürgern. Es ist das die Uebersetzung „Epityphlitis", von „Epityphlon" = „Blinddarmanhang" ungekünstelt gebildet und durch die Mitbenützung des gleichen Stammes mit anderen feststehenden Kunstausdrücken („Typhlitis" und „Perityphlitis") leicht zu behalten.

Die Medizinersprache verfügt über einen so reichen Segen schwer verständlicher Termini, daß eine planmäßige Vereinfachung derselben, wie die erwähnte, eine lebhaftere Aufnahme verdient hätte!

Robin gab in der Juli-Schlußnummer des „Bull. génér. de thérap." 1903 eine Statistik von 250 Blinddarmentzündungen, wovon nur sechs chirurgisch behandelt werden mußten, also kaum über zwei vom Hundert; von diesen wurden nur vier geheilt, zwei davon starben, so daß die Operation in nicht zwei vom Hundert der Fälle zur Heilung führte. Alle anderen Fälle wurden durch innere Behandlung geheilt. Das widerspricht doch sehr der Forderung Dieulafois und französischer Chirurgen wonach jeder Fall von Blinddarmentzündung chirurgisch behandelt werden soll, oder der Behauptung Riedels in Nr. 47 der „Münchener med. Wochenschrift" von 1903, („Die Resultate der Appendizitis-Operationen in Jena während des letzten Semesters"), wonach „die Appendizitis eine chirurgische Krankheit ist".

Robins Fälle beziehen sich auf die gewöhnliche, der Stuhlverstopfung zur Last fallende Form, bei welcher saure, stickstoffreiche Stühle, welche mehr phosphorsauren Kalk und Magnesiumphosphat enthalten als gewöhnlicher Dickdarminhalt, als Reize der Darmschleimhaut auftreten. Aus diesen Gründen verwirft Robin die Anwendung des Opiums, welches ja ein Festhalten dieser Reizstoffe in dem künstlich ruhiggestellten Darm bewirkt. Vielmehr sucht er mit Rizinusöl (30 g) oder Kalomel (0·4), wenn ersteres nicht zum Ziele führt, Stuhlentleerung zu verursachen. Nach erreichtem Erfolg läßt R. den Darm mit $1^1/_2$ l Wasser unter Zusatz von zehn Tropfen Salbei-Auszug ausspülen, indem er nach Einlauf

Digitized by Google

der Flüssigkeit durch Umlagerung des Kranken auf die rechte Seite, das Klysma durch den Querdarm in den aufsteigenden Dickdarmast und in den Blinddarm zu bringen sucht. Danach erfolgt Massage aller Stellen, welche Sitz der Kotstauung waren, während der Kranke entgegengesetzte Bewegungen auszuführen hat. Diese Maßnahmen werden täglich wiederholt. Die Diät wird dabei von Robin ausschließlich auf Milch — ob gekocht oder ungekocht, ist nicht gesagt — beschränkt. Bei Schmerzhaftigkeit der Haut läßt er graue Salbe 40 mit Tollkirschenauszug 10 in der Blinddarmgegend sanft einreiben, worauf warme Umschläge gemacht werden; bei heftigem Schmerz läßt Robin Morphium einspritzen oder Opium-, Tollkirschen- und Bilsenkraut-Auszug zu gleichen Teilen zwei, in zehn Chloroform und 40 Olivenöl gelöst, einreiben. — Für höchstens 10% der Fälle räumt Robin die chirurgische Behandlung ein.

Am 12. November 1902 machte Tuffier in der Société de Chirurgie in Paris die Mitteilung, daß er in 20% aller eröffneten Leichen unzweifelhafte Spuren spontan ausgeheilter Epityphlitis feststellen konnte. Flößt solche Selbsthilfe der Natur nicht dem zuwartenden Arzte das größte Vertrauen ein, ist es nicht ein schneidender Hohn auf die Behauptung, die „Appendizitis" (!) sei „eine chirurgische Krankheit"?!

In der gleichen Chirurgenversammlung führte Reynier 71 Krankengeschichten auf, in welchen bei innerer Behandlung ohne Bauchschnitt die Epityphlitis zur Heilung kam.

Nach diesen Wiedergaben fremder Urteile und Behandlungsweise käme ich dann zum Schluß auf dasjenige Verfahren zu sprechen, welches ich mir in meiner eigenen Erfahrung allmählich herausgebildet habe.

Ich bin dabei in wesentlichen Punkten in Uebereinstimmung mit Robin, ohne zuvor von ihm mehr als die Ablehnung der Opiumtherapie gekannt zu haben. Einige Abänderungsvorschläge geringfügiger Natur sind die, statt der grauen Salbe etwa das Credé'sche Kolloidsilber, viel zweckmäßiger aber die einfache Kalischmierseife zu verwenden, schon der Vermeidung etwaigen Speichelflusses halber, und statt der raschen Verbringung des Kranken auf die rechte Seite während des Einlaufes, ihn vielmehr ganz allmählich von der linken Seite auf den Bauch und von dieser Seite ebenso langsam auf die rechte Seite sich lagern zu lassen, wie ich dies in meiner Abhandlung „Ueber eine neue Anwendungsform des Gelatose-Silbernitrats zur Behandlung der Dickdarmerkrankungen" im IX. Band von Boas „Archiv für Verdauungskrankheiten" 1902 geschildert habe.

Wer aber meiner Behandlungsweise folgen will, für den sei — unbenommen etwaiger Versuche mit künstlicher Abführung (nach Robin) und Anwendung entzündungswidriger Salben oder nach meinem oben gemachten Vorschlage — folgendes gesagt: Ich halte unbedingte Ruhelage auf dem Rücken auf fester, möglichst wagrechter Matratze für notwendig, würde also die Einläufe zunächst nicht anwenden. Das Bett muß natürlich so stehen, daß die rechte Seite des Kranken dem Arzte jederzeit frei zugängig ist, ohne jede Bewegung des Ersteren.

Um die heißen Unterlagen, wie ich sie schildern werde, zu erneuern, bedarf es nur 2—3 mal im Tage leichter Lüftung des Körpers durch zwei kräftige Pflegerarme. — Ich lasse nämlich, wie bei Entzündungen der Gallenwege auf leichte wollene Teppiche flache Rückenkissen, mit heißem Fango oder Sand gefüllt, legen, auf den entzündeten Leib dünne Leinsamen oder Fango-Aufschläge stets heiß erneuern und den Wollteppich darüber zusammenschlagen; so liegt der kranke Körperteil in wirksamer Hitzepackung, durch die erweiterten Blutgefässe wird desinfizierendes frisches Blut in starkem Strome den kranken Teilen zugeführt, und Stauungen werden hiedurch beseitigt, wie auch der heftige Schmerz meist wirksam bekämpft wird.

Eine wesentliche Unterstützung dieser Wirkungen bringt das Trinkenlassen kochendheißen Karlsbaderwassers oder

Digitized by Google

selbsthergestellter physiologischer Kochsalzlösung hinzu: Die entzündungslindernden Einflüsse dieser Trinkkuren sind allgemein anerkannt und ich verstehe nicht, warum sie bei der Blinddarmentzündung nicht längst in Gebrauch sind. Reichen diese Maßnahmen gegen den Schmerz nicht aus, so mag nach Robins Angaben noch besonders dagegen verfahren werden. — Die Anwendung des Eises schließt sich nach dem Gesagten selbst aus.

Zweckmäßig wird die Hitze jedoch stets nur für die Dauer einiger Stunden angewandt, und alsdann eine Ruhepause eingelegt. Näheres hierüber ist in einer Reihe von Arbeiten über die Gallensteinkrankheit (die jüngste derselben aus meiner Feder ist in der heurigen Neujahrsnummer des von Noorden-Schreiberschen „Zentralblattes für Stoffwechsel" zu finden) nachzulesen. Die entsprechenden Literaturangaben sind in meiner Arbeit über die Behandlung der Blinddarmkrankheit im „Zentralblatt für Stoffwechselkrankheiten" 1903, Nr. 15, nachzuschlagen.

Während der Ruhepausen nun erfolgt die Massage des kranken Darmes, welche zunächst in sanften Einreibungen von Schmierseife und dann in allmählich sich steigernder Streichmassage, welche mittels Spiritus und Schmierseife ausgeführt wird, besteht. Die entzündungslindernde Seife, deren außerordentlich aufsaugungsfördernde Wirkung von Generalarzt O. Kappesser in Darmstadt angegeben, besonders von Senator, Hoffa und Vinzenz Czerny in vollem Umfange bei Skrophulose, Tuberkulose, Knochenfraß und bei entzündlichen Ergüssen in serosen Höhlen (Perikarditis, Peritonitis, Pleuritis) anerkannt, gegen die Blinddarmentzündung von Kappesser und von mir angewendet wird, wird alsdann durch feuchte Hefebranntweinumschläge vollends durch die Lymphwege der Haut hineingetrieben. Die Anwendung der Schmierseife lernte ich durch Generalarzt Kappesser hier kennen, nachdem ich zuvor sapo medicatus gebraucht hatte; insbesondere gegen Epityphlitis hatte Herr Kappesser, wie erwähnt, die Güte, mir die Kaliseife auf Grund seiner umfänglichen Lazaretterfahrungen persönlich zu empfehlen. Die entzündungswidrige Wirksamkeit des Alkohols ist eine besonders in der Chirurgie so allgemein anerkannte, daß es kaum nötig ist, z. B. auf den begeisterten Aufsatz des russischen Arztes J. S. Kolbassenko im Dezemberheft 1903 der „Therapeutischen Monatshefte" hinzuweisen.

Wird diese Behandlung noch durch vollständiges Fasten — ich beschränke mich für die ersten 1—2 Tage auf die Darreichung des heißen Wassers — während der stürmischen Fiebererscheinungen im Beginn der Krankheit unterstützt, so ist eine Selbsthilfe der Natur fast ebenso sicher wie bei Erkrankungen anderer Organe zu erwarten.

Opium würde den Zielen dieses Heilverfahrens — möglichst rascher Abfuhr der Krankheitskeime vom Herde — ebenso entgegenwirken, wie es die möglichst bald folgende Massage verbieten würde.

Bequemer für den Arzt und notwendig, wenn der Verlaß auf Pflegepersonal kein unbedingt sicherer ist, bleibt natürlich die Darreichung des Opiums. — Die Ruhigstellung des Darmes begünstigt aber das Zustandekommen von Verlötungen und Verwachsungen mit den Nachbarorganen, während die frühzeitige Entleerung und besonders die Streichung und spätere Knetung des Darmes den genannten Nachkrankheiten wirksam in der Entstehung entgegentritt.

Selbstredend ist die Behandlung mit dem Erlöschen der Entzündung nicht abgeschlossen: Im Gegenteil ist noch wochenlange Massage des Darmes und seines Anhanges zur Herstellung seiner freien Beweglichkeit und zur Erzielung eines dauernd geregelten Stuhles als Nachkur anzuwenden. Nur so kann Rückfällen wirksam die Spitze geboten werden.

Ein ganz wesentliches Vorbeugmittel für Nacherkrankungen und Rückfälle bietet die Stützung des so häufig atonischen Dickdarmes und die Sicherung des Blinddarmes und seines Anhängsels vor heftigen Erschütterungen, wie sie z. B.

Digitized by Google

das Reiten leider hervorrufen kann. Am sichersten und am einfachsten wird dies mit dem von Prof. A. Rose[3]) in New-York angegebenen und von mir[4]) besprochenen Heftpflasterverbande erreicht. Ich verweise dieserhalb auf die erwähnten Mitteilungen, sowie auf meine Bearbeitung, welche ich im Auftrag des Herausgebers vom „Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie" für dieses Archiv gegeben habe und welche im heurigen Junihefte desselben erscheinen wird. Die Anlegung des Verbandes ist eine ganz selbstverständliche, und wird bei Bestellung der Pflasterbinden nach meinen Angaben bei den Fabriken von Beiersdorff & Ko. in Hamburg-Eimsbüttel, oder der Aktiengesellschaft in Helfenberg a. d. Saale die Gebrauchsanweisung sich aus dem Pflasterschnitt selbst für jeden Kollegen ergeben.

Es ist dann eine zweckmäßige Vorschrift geeigneter Leibesübungen — Zimmergymnastik mit Rumpfbeugen und -Drehen, Turnen und vor allem Reiten — dem Geheilten mitzugeben.

Seine Diät muß durch regelmäßige Aufnahme pflanzlicher Kost und, wo ohne Infektionsgefahr zu bewerkstelligen, roher ungekochter Milch die Milchsäurebildung im Darme zur Verhütung von Fäulnisvorgängen darin begünstigen,

durch Regelung des Bakteriengehaltes im Verdauungsschlauch Neuansteckungen vorbeugen und

durch die unverdaulichen Zellstoffreste ein Skelett für den gesunden Stuhl bilden.

Je nach Lebensumständen, nach Gegend, Alter und Gewohnheit des Patienten wird der Arzt seine Vorschriften nach diesen Hauptgrundsätzen erteilen. Allen aber gemeinsam wird endlich noch folgende Trinkkur vorzuschreiben sein, welche jedermann ohne besondere Kosten und Zeitaufwand ausführen kann:

Morgens nüchtern wird beim Ankleiden eine lauwarme (40° C.) physiologische Kochsalzlösung (eine gehäufte Messerspitze Chlornatrium auf $^1/_2$ l gekochtes Wasser) schluckweise genommen und danach ein Spaziergang, möglichst Bergsteigen, an der frischen Luft von $^1/_2$ Stunde angeschlossen. Hierauf wird erst das Klosett aufgesucht, ehe das Frühstück — nach amerikanischer Gewohnheit als Vollmahlzeit — eingenommen wird.

Diese Trinkkur soll monatelang gebraucht, und kann zweckmäßig jahrelang während der guten Jahreszeit wiederholt werden. So ist die beste Verhütung etwaiger Rückfälle der tückischen Krankheit gegeben.

Ueber die Behebung der Obstipation im Puerperium mit besonderer Berücksichtigung des Purgatins (Knoll).

Von Dr. **Kurt Frank.**

Die Stuhlträgheit im Wochenbett ist ein so ziemlich allgemeiner physiologischer Vorgang und findet seine Erklärung einerseits in der enormen Inanspruchnahme der Bauchmuskulatur während der Schwangerschaft und der Geburt, anderseits darin, daß auch die Beckenbodenmuskeln während des Partus sehr in Mitleidenschaft gezogen werden. Namentlich geht bei wiederholten Graviditäten durch das Unterlassen der primitivsten hygienischen Maßnahmen die Elastizität und Straffheit und damit auch die Funktionstüchtigkeit der für eine geregelte Defäkation so nötigen Bauchpresse in hohem Grade verloren. Dies ist wohl auch ein Hauptgrund für die so häufige und hartnäckige Obstipation der Multiparen. Im Wochenbett selbst ist die Sorge für eine regelmäßige und ausgiebige Stuhlentleerung ein äußerst wichtiges Moment,

[3]) A. Rose, Atonia gastrica etc. Deutsche Praxis 1901 bei Seitz & Schauer, München.

[4]) Ueber das Rose'sche Verfahren etc. Therap. Monath. Februar 1903.

Digitized by Google

dem der Arzt in erster Linie seine volle Aufmerksamkeit schenken muß. Ich erinnere nur daran, wie oft eine auch nur kurze Zeit dauernde Obstipation besonders in den ersten Tagen des Puerperiums die Temperatur des Körpers in die Höhe treibt; eine reichliche Darmentleerung stellt prompt wieder normale Verhältnisse her. Dabei möchte ich aus eigener, reicher Erfahrung bemerken, daß man sich aus Furcht vor etwaigen Blutungen nicht gar so krampfhaft an die scheinbar eherne Regel halten muß, nie vor dem Ablauf von drei Tagen nach der erfolgten Geburt der Konstipation entgegenzutreten. Da bei einer rationell geleiteten Geburt in der Regel vorher eine gründliche Reinigung des Darmkanals vorgenommen wird, und weiterhin die Nahrung in den ersten Tagen des Wochenbettes eine flüssige ist, so kann man für gewöhnlich allerdings die ersten drei Tage ruhig zuwarten, falls der Verlauf, besonders hinsichtlich der Temperatur, normal ist; wenn aber diese Voraussetzungen nicht zutreffen, muß man wohl der Obstipation sofort entgegentreten.

Was nun die Maßnahmen zur Behebung der Obstipation im Wochenbett anlangt, so sind dieselben sehr zahlreich und sehr mannigfacher Art, was schon auf die Unzulänglichkeit der einzelnen in verschiedenen Fällen hinweist. In erster Linie steht natürlich die Irrigation. Soweit dieselbe nicht in einem medikamentösen Klysma, sondern in einem bloßen Wassereinlauf besteht, ist sie zwar ganz unschädlich und reizlos, führt aber, wie auch Schröder schon bemerkt, in vielen Fällen nicht zum Ziele. Oft erreicht man den erzielten Effekt mit reichlichen Oelklysmen. Von den Glyzerinklysmen möchte ich gänzlich absehen, da selbe zwar selten im Stiche lassen, aber durch ihre wasserentziehende Wirkung doch einen allzugroßen Reiz auf die Darmschleimhaut ausüben. Die salinischen Abführmittel, als deren Hauptvertreter das Bittersalz und Glaubersalz zu nennen sind, sind unsicher in ihrer Wirkung und haben einen schlechten Geschmack, den man allerdings durch Zitronensaft etwas korrigieren kann. Aber sie sind für mehr als einmaligen Gebrauch kaum anzuwenden, denn es zeigt sich nachher sehr oft Verdauungsstörung, selbst Uebelkeit und Erbrechen, zuweilen auch lästige Obstipation. Eher zu empfehlen sind die Bitterquellen.

Diese Abführmittel sind hauptsächlich durch ihre physikalischen Eigenschaften wirksam. Bei den chemisch wirksamen Purgativmitteln muß man die Lenitiva von den Drasticis unterscheiden. Man muß mit dieser Gattung von Medikamenten hier besonders darum vorsichtig sein, da die meisten dieser Mittel an und für sich nicht ganz unbedenklich sind und fernerhin in ihrer Mehrzahl in die Milch der Mutter und damit auch in den kindlichen Organismus übergehen, für den sie nicht gleichgiltig sind, denn ein auf solche Weise erzeugter Darmkatarrh ist geeignet, den Säugling schwer zu schädigen. Die Lenitiva sind zwar oft im Wochenbett unwirksam, die Drastika aber aus den oben genannten Gründen ausnahmslos zu verwerfen. Als Hauptvertreter der milde wirkenden Abführmittel gilt das Rizinusöl. Dasselbe ist für Mutter und Kind im allgemeinen unschädlich, versagt aber zuweilen. Unangenehm ist bei diesem Mittel der schlechte Geruch und Geschmack, der vielen Wöchnerinnen dieses Laxans selbst bei der besten Qualität arg verleidet. Allerdings kann man dieser Unannehmlichkeit aus dem Wege gehen, indem man das Rizinusöl einem gewöhnlichen Klysma beimengt. Doch ist dann die Wirkung weniger zuverlässig. Häufig treten auch Störungen des Appetits und der Verdauung auf, und ist oft das Ekelgefühl bei der Wöchnerin nicht zu überwinden, da selbes physiologisch aus der Schwangerschaft her noch im verstärkten Maße vorhanden ist. Was nun die sowohl lenitiv als drastisch wirkenden Drogen der Senna, Cascara sagrada, Rheum und Aloë betrifft, so hat Gow zwar noch 1893 behauptet, daß sie nicht in die Muttermilch übergehen und also keinen Einfluß auf die Stuhlentleerung des Säuglings ausüben, doch hat ihn Dolan durch seine neueren exakten Untersuchungen gründlich widerlegt und das gerade Gegenteil bewiesen. Beim Rheum speziell erwies Dolan das Uebergehen des gelben Farbstoffes und die pur-

Digitized by Google

gierende Wirkung der Milch, bei Senna die Elimination der wirksamen Bestandteile in die Milch, die sogar Geschmack und Geruch der Droge erhält; die Kinder bekommen prompt Kolik und Abführen. Namentlich hält Dolan auch deswegen besonders Sonna und Aloe für kontraindiziert bei Schwangeren und Wöchnerinnen, weil diese Mittel oft Uterusblutungen hervorrufen.

Von den übrigen teils ähnlich wie die vorerwähnten, teils heroisch wirkenden Abführmitteln, kann man an dieser Stelle wohl gänzlich schweigen.

Nach dieser kurzen Uebersicht über die zu Gebote stehenden Mittel zur Behebung der Obstipation im Wochenbett, besitzen wir streng genommen eigentlich kein sicheres und zugleich vorwurfsfreies Abführmittel für den genannten Zweck. Es war mir deshalb hochwillkommen, Kenntnis von einem neuen, angeblich sicher wirkenden und unschädlichen Laxans zu erhalten, ich meine das Purgatin, auch früher Purgatol genannt, welches von Knoll & Comp. in Ludwigshafen hergestellt wird. Wenn man den in der neueren Zeit so massenhaft auf den Markt geworfenen neuen Medikamenten ein nur allzu begreifliches Mißtrauen entgegenbringt, so waren dem Purgatin von Klinikern wie Ewald, Stadelmann und Ebstein geradezu die Wege geebnet. Selbst bei Wöchnerinnen war es schon von Mohr und Kachel angewendet worden. Alle diese Autoren sind des Lobes voll über diese neue Bereicherung unseres Arzneischatzes, wie sie das Purgatin bezeichnen, und stimmen einmütig darin überein, daß es ein fast vollkommen sicheres, jedenfalls gänzlich unschädliches und unbedenkliches Abführmittel sei, das gegenüber den bekannten nur Vorteile bietet.

Ich hatte Gelegenheit, das Purgatin bei 30 klinisch geführten und sorgfältigst kontrollierten Wöchnerinnen des Kaiserin Elisabeth-Wöchnerinnenheims anzuwenden. Da mir immerhin trotz der glänzenden Empfehlung eine gewisse Skepsis wie bei jedem wenig gekannten Mittel zurückblieb, und ich namentlich das Gesetz von den guten und schlechten Serien nie aus den Augen lasse, so ging ich bei der Anwendung des Purgatins mit der peinlichsten Vorsicht und Genauigkeit zu Werke.

Bevor ich über meine eigenen Erfahrungen mit Purgatin berichte, möchte ich kurz über das Mittel selbst und die damit erzielten Erfolge referieren. Nachdem Schröder auf die Verwendung der Anthrazenderivate hingewiesen hatte, stellte Vinth auf Veranlassung Gottliebs das Purgatin synthetisch her. Dies Präparat stammt aus der Reihe der Oxyanthrachinone, welche auch die wirksamen Bestandteile von Aloe, Rheum, Cascara sagrada, Senna u. a. sind. Es ist hier ein Trioxyanthrachinon, das Anthrapurpurin, verwendet und statt mit der Methylgruppe mit der Diazetylgruppe verbunden, woraus das Purgatin als Anthrapurpurindiazetat oder Diazetylester des Anthrapurpurins resultiert. Diese Kombination verfolgt nach Ewald den Zweck, die wirksamen Körper in eine Form zu bringen, aus der sie erst allmählich im Darm abgespalten werden, ganz so, wie dies wahrscheinlich bei der Spaltung der natürlichen Glykoside aus den Drogen im Darme geschieht, denn alle Ester spalten sich leicht unter Fermentwirkung. Das synthetische Verfahren beabsichtigt aber hauptsächlich, in der modernen Pharmakologie an die Stelle der ungleichmäßig zusammengesetzten Drogen chemisch reine Substanzen zu setzen, welche die eigentlichen Träger der Drogenwirkung darstellen. Damit wäre einerseits die oft hemmende Beimengung anders wirkender Bestandteile vermieden, anderseits eine exakte Dosierbarkeit gewonnen. Dies Gebiet ist im allgemeinen noch wenig und mit geringen Erfolgen bebaut. Die näheren chemischen Details über das synthetische Verfahren und das Purgatin im speziellen gibt Vinth in trefflicher Weise in seiner Arbeit wieder. — Das Purgatin selbst ist ein geruch- und geschmackloses, gelbes, mikrokristallinisches Pulver, welches in Wasser unlöslich, in Alkohol schwer, in Xylol und siedendem Eisessig leicht löslich ist. Verdünnte Sodalösung färbt sich

Digitized by Google

mit Purgatin rot, Säurezusatz stellt die gelbe Farbe wieder her.

Was nun die Art der Anwendung des Purgatins und die dabei gemachten Erfahrungen anbelangt, so stimmen alle Autoren, wie Ewald, Stadelmann, Ebstein, Mohr, Heß und Kachel darin mit seltener Einmütigkeit überein, daß das Purgatin geradezu eine Bereicherung unseres Arzneischatzes darstelle.

Betreffs der Dosierung sind, wie bei allen Abführmitteln, verschiedene Personen infolge individueller Disposition gegen das Purgatin verschieden empfindlich. Nur Ewald und Frey sahen Erfolge bei Gaben von 0·5—1·0; Heß, Ebstein und Mohr sahen die Obstipation erst durch 2·0 behoben.

Damit ist natürlich immer nur eine einmalige Dosis und die Anwendung als Ekkoprotikum gemeint. Doch geben alle Autoren übereinstimmend an, daß man auch ohne Bedenken größere Dosen bis zu 5·0 und darüber verabreichen kann, ja selbst als Schachtelpulver wird es vielfach empfohlen mit Dosierung nach Messerspitzen und Kaffeelöffeln. Die Darreichung erfolgt für gewöhnlich in Oblaten, u. zw. meist früh morgens, manchmal auch am Abend. Als besonders rühmenswert wird die völlige Geschmacklosigkeit des Mittels namentlich gegenüber dem Rizinusöle hervorgehoben.

Die Wirkung wird allgemein als eine relativ langsame beschrieben, vor acht Stunden trat sie fast nie, meist erst nach 12—18—24 Stunden auf. Dann aber war sie ausgiebig, und es wurde ein manchmal fester, gewöhnlich aber breiiger, reichlicher, dunkelroter Stuhl entleert. Nie war derselbe wässerig, er erfolgte ein-, höchstens zweimal, niemals wurden Durchfälle beobachtet; das Mittel schien sogar nach mehrmaliger Wirkung in manchen Fällen eine gewisse Darmschwäche zurückzulassen, wiewohl von anderer Seite wieder das gerade Gegenteil, ja sogar eine geringere Angewöhnung als gegenüber anderen Abführmitteln behauptet wird. Leibschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen, Tenesmus oder andere üble Zufälle waren nicht zu beobachten. Wenn Schmerzen bestanden, so waren sie schon früher vorhanden; nur in wenigen Fällen werden geringe Schmerzen bei der Defäkation zugegeben. In den Fällen, wo das Mittel an Wöchnerinnen verabreicht wurde, wird sowohl von Mohr als von Kachel ausdrücklich hervorgehoben, daß an den Säuglingen keinerlei schädliche Beeinflussung seitens des der Mutter gegebenen Purgatins bemerkt wurde. Allgemein wird die Rotfärbung des Urins als auch des Stuhles erwähnt, jedoch von allen genannten Autoren nachdrücklichst eine jede Schädigung der Nieren in Abrede gestellt.

Wie oben erwähnt, habe ich selbst an 30 Wöchnerinnen das Purgatin angewendet, und die dabei gemachten Beobachtungen, sowie die daraus sich ergebenden Schlußfolgerungen haben diese Publikation veranlaßt, denn die Ergebnisse wichen in vielen wesentlichen Punkten von den früheren Veröffentlichungen in dieser Frage ab. Das Purgatin, welches zur Verwendung kam, wurde in Originalverpackung von der Fabrik selbst bezogen. Rücksichtlich der Dosierung hielt ich mich anfänglich an die Angaben der überwiegenden Mehrzahl der Autoren und verabreichte das Purgatin als Schachtelpulver, und zwar pro dosi et die einen halben Kaffeelöffel, später wurden in der Regel genau 2·0 gegeben. Bei diesen Quantitäten erfolgte in wenigen Fällen nach acht, in den meisten aber erst nach 16—24 Stunden die Lösung der Obstipation. Das Mittel wurde den Wöchnerinnen fast ausnahmslos am dritten Tage post partum, einigen wenigen im weiteren Verlaufe des Puerperiums gegeben, also nach 2—2½tägiger Konstipation. Die Verabreichung erfolgte teils am Morgen vor dem Frühstücke, teils am Abend in Oblaten, einigemal auch ohne solche mit Nachtrinken von etwas Wasser.

Der Stuhl war in allen diesen Fällen sehr reichlich, teils von fester, meist breiiger Konsistenz, und zeigte eine rotbraune Färbung, die bei Uebergießen mit Kalilauge in ein deutliches Purpurrot überging. In vier Fällen versagte das Purgatin, indem bei Dosen von 2·0 auch nach 24 Stunden kein Effekt auftrat, in einem Falle wurde nach 24stündigem Abwarten neuerlich eine Dose von 2·0 ge-

Digitized by Google

geben, ohne daß Stuhlgang erfolgte, während in einem anderen Falle eine zweite Dosis von 2·0 wirkte. Gaben von 1·0—1·5 blieben ohne Wirkung auf die Obstipation. Bezüglich der Nachwirkung ließ sich in vielen Fällen konstatieren, daß der Stuhlgang mehrere Tage spontan erfolgte.

Das Mittel wurde bei seiner Geschmacklosigkeit gerne genommen. In acht Fällen zeigten sich nach Einnahme keine oder nur geringe Leibschmerzen. Dagegen traten in allen übrigen Fällen die heftigsten krampfartigen Kolikschmerzen ohne Rücksicht auf die größere oder geringere Dosis auf. In vielen Fällen stellte sich auch Uebelkeit, Kopfweh und Kältegefühl ein.

Beim Stuhlabsetzen und unmittelbar vorher klagten fast alle Wöchnerinnen über heftige, drängende Schmerzen im Unterleib. Erbrechen oder Uterusblutungen wurden nicht beobachtet. Dagegen zeigte sich in acht Fällen auch eine üble Wirkung auf den Säugling. Die Kinder waren sehr unruhig, es war deutlich Kolik bei ihnen nachweisbar, der Stuhl war stinkend und grünlich mißfärbig, in einem Falle rötlich. Die Milch wurde bei der Mehrzahl der Wöchnerinnen nach Bornträgers Methode auf Anthrapurpurin genau untersucht, doch war das Ergebnis dieser Farbenreaktion kein positives, wiewohl die Muttermilch in den meisten Fällen einen eigenen Stich ins gelbrote aufwies.

Weit mehr als alle diese Momente fällt aber die Beeinflussung der Nieren bei Beurteilung des Purgatins in die Wagschale. In allen 30 Fällen wurde der Harn sowohl vor als nach der Einnahme des Purgatins mittels Katheters entnommen. Alle Autoren weisen so nebenher auf die Rotfärbung des Urins nach Einnahme von Purgatin hin und erklären diese Erscheinung einfach durch das Uebergehen des Anthrapurpurins in den Harn. Eine jede Schädigung der Nieren wird rundweg zurückgewiesen. Ebstein allein bemerkt in seiner Arbeit mit wenigen Worten, daß man auf diesen Punkt doch noch weiter achten müsse. Die Rotfärbung des Harnes tritt für gewöhnlich nach zwei Stunden ein, wird nach 5—6 Stunden am stärksten und dauert oft 24 Stunden und darüber an.

Der Grad der Rotfärbung des Harnes scheint, wie schon Vieth bemerkt, ziemlich unabhängig vom Grade der Wirksamkeit des Purgatins. Ebsteins Behauptung, daß im Falle der Unwirksamkeit des Purgatins kein Farbstoff im Harn erscheint, da alles den Darm passiert, ohne resorbiert und urophan zu werden, kann ich nicht bestätigen; denn auch beim Versagen des Mittels erwies sich der Harn rot gefärbt. Während in allen früheren Fällen nie Eiweiß im Harn auftrat, konnte ich in einem früher ganz normalen Harne eine deutliche Albuminurie (1‰ Eßbach) und Zylindrurie nebst heftigen Durchfällen und starken Leibschmerzen nach Einnahme von 2·0 Purgatin bei einer sonst gesunden Frau nachweisen, in zwei weiteren Fällen nahm der früher nur in Spuren nachzuweisende Albumengehalt sichtlich zu. Erst nach einer Reihe von Tagen, nachdem das nur einmal verabreichte Mittel ausgesetzt war, minderte sich der Eiweißgehalt, war aber acht Tage darnach noch nicht ganz geschwunden. Im Harne der Säuglinge fand sich nichts Pathologisches. Dies ist wohl ein eklatanter Beweis für eine deutliche Nierenreizung durch das Purgatin und führt die allgemeine Behauptung von der Unschädlichkeit dieses neuen Abführmittels ad absurdum. Daß die anderen Autoren diese Schädlichkeit nicht beobachten, läßt sich eben daraus erklären, daß die Nieren sich während der Schwangerschaft und nach der Entbindung in einem Zustand der Reizung befinden, da Stauungsvorgänge und damit auch Ernährungsstörungen in den Nieren durch den Druck des vergrößerten Uterus auf die Gefäße und durch die Wehentätigkeit und die Bauchpresse hervorgerufen werden; in 50% der Fälle findet sich ja auch bei Schwangeren in der zweiten Hälfte der Gravidität und nach der Geburt Albumengehalt und morphologische Elemente. Die so gereizte Niere reagiert also umso stärker auf das Purgatin. In Fällen von Nierenaffektionen und bei Graviden und Wöchnerinnen ist also das Purgatin entschie-

Digitized by Google

den zu perhorreszieren. Erst nach der Vornahme meiner Versuche und nach der fast völligen Fertigstellung dieser Arbeit gelangte die Publikation von Marshall in meine Hände, welche nur von Kachel einfach im Literaturverzeichnis angeführt wird, sonst aber gänzlich unberücksichtigt blieb. Auch Marshall fand, und zwar nicht bei Wöchnerinnen, nach Purgatin Nierenreizung; es sei deshalb in allen Fällen von Nierenleiden strenge kontraindiziert und im übrigen auch sonst entbehrlich. Nicht unerwähnt darf auch bleiben, was schon Bendix hervorhob, daß durch die Rotfärbung des Urins die Diazoprobe und die Hellersche Blutprobe bei Anwendung von Purgatin hinfällig werden, weshalb man sich vor Verwechslungen hüten muß.

Kurz zusammengefaßt, sind die wenigen guten Eigenschaften des Purgatins seine Geschmacklosigkeit, ferner daß der Stuhl für gewöhnlich ausgiebig und breiig ist. Dem stehen aber gegenüber die langsame Wirkung, weshalb es bei fieberhaften Zuständen nicht zu verwenden ist, die unangenehmen Nebenerscheinungen, wie Leibschmerzen und Uebelkeit, weiters die häufige Kolik der Säuglinge, endlich, zwar zuletzt angeführt, aber doch am wichtigsten, die Schädigung der Nieren. Auch die roten Flecke, welche der Purgatinharn in der Wäsche verursacht, verschwinden nicht durch das bloße Waschen, sie blassen höchstens etwas ab, halten sich aber sonst ziemlich hartnäckig.

Ich komme zu dem Schlusse, daß man vom Gebrauch des Purgatins bei Wöchnerinnen und Nierenkranken wohl absehen soll. Des Mittels kann man aber im Puerperium auch leicht entraten, denn ich habe bei 400 Geburten mit Wasserklysmen und Rizinusöl, per os und rektal angewendet, eigentlich immer das Auslangen gefunden. Will man das Ekelgefühl vor dem Rizinus einigermaßen umgehen, so empfiehlt sich der Vorschlag Rosenbergs, den ich oft mit Erfolg anwandte. Rosenberg führt den schlechten Geschmack des Rizinusöles auf den unangenehmen Geruch zurück. Er schließt also durch festes Zuhalten der Nase — ich möchte das Schließen der Augen hinzufügen — die Geruchswahrnehmung aus, wodurch auch der schlechte Geschmack schwindet.

Bevor man den Luftstrom wieder durch die Nase gehen läßt, empfiehlt es sich noch, die Lippen gut abzuwischen und die Reste des Oeles im Munde mit Limonade hinunterzuspülen.

Literaturverzeichnis.

Ewald, Das Purgatol, ein neues Abführmittel. Therapie der Gegenw. 5, 1901.

Stadelmann, Das Anthrapurpurindiazetat, ein neues Abführmittel. Deutsche Aerzte-Ztg. 10, 1901.

Vieth, Ueber ein synthetisch gewonnenes Abführmittel. Münch. med. Wochenschr. 35, 1901.

Umber, Ueber die Wirkungsweise der medikamentösen Abführmittel. Therapie d. Gegenw. 7, 1901.

Ebstein, Die chronische Stuhlverstopfung, Stuttgart 1901.

Rosenberg, Therap. Monatsh. XI., 1901.

Heß, Zur klinischen Würdigung einiger neuerer Arzneimittel. Therapie der Gegenw. 6, 1902.

Ebstein, Ueber das Emodin und das Purgatin als Abführmittel. Therapie d. Gegenw. 1, 1902.

Hößlin, Ueber ein neues Abführmittel „Purgatin". Münch. med. Wochenschr. 32, 1902.

Mohr, Die Stuhlverstopfung in der Schwangerschaft und im Wochenbett und ihre Behandlung. Hebammen-Ztg. 14, Wien 1902.

Marshall, Some remarks on the action of Purgatin. The Scottish Medical and Surgical Journal, May 1902.

Bergmann, Zur Frage der laxierenden Wirkung des Purgatins. Russki Wratsch. 6, 1903.

Schukowski, Purgatin als Abführmittel in der Kinderpraxis. Wratschebnaja Gaseta 36, 1903.

Kachel, Ueber die Anwendung des „Purgatins" als Abführmittel bei Wöchnerinnen. Therap. Monatsh. 8, 1903.

Digitized by Google

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Zur Therapie schwerer Diabetesfälle. Von Dr. Karl Loening. (Aus der med. Klinik der Universität Straßburg. Direktor Prof. Naunyn.)

Bei schweren Diabetesfällen muß nicht nur auf die qualitative, sondern beinahe noch mehr auf die quantitative Regelung der Diät, insbesondere der Eiweißdiät, geachtet werden. Diabetiker, die bei reichlicher Diät nicht zuckerfrei werden, vertragen oft bei sehr knapper Diät sogar geringe Mengen Kohlehydrate.

Vf. berichtet über zwei sehr schwere Fälle von Diabetes melitus bei jungen Leuten, die bei lange fortgesetzter und andauernder Behandlung unter Berücksichtigung des angeführten Behandlungsgrundsatzes zuckerfrei wurden. Bei einem wurde sogar eine dauernd bleibende, recht erhebliche Toleranz erzielt. Mit der Steigerung der Toleranz wurde in beiden Fällen hochgradige Azidose zum Verschwinden gebracht, ohne daß in der Ernährung die Fette unter das übliche Maß beschränkt zu werden brauchten, bei beiden ergab sich vielmehr, daß die Azidose umgekehrt proportional der Toleranz für Kohlehydrate stieg und fiel.

Es wäre darum zu weit gegangen, wenn man aus Angst vor dem Koma als Regel aufstellen wollte: bei Diabetikern seien wegen starker Azidose alle strengeren Diätmaßregeln zu vermeiden.

Fall 1: 23jähriges Mädchen, das bei der Aufnahme in die Klinik bei freier Diät 273 g Zucker mit einer Spur Azeton im Urin ausschied.

Da die Azidose in den folgenden Tagen stärker war, bekam die Patientin täglich 20—25 g Natr. bicarb., wobei der Urin meist alkalisch war. Bei einer Ernährung mit 47 g Kohlehydrate (40 Brot und 500 Milch), 358 g Eiweiß und 281 g Fette (4150 Kalorien) wurden 63 g Zucker ausgeschieden. Azeton und Azetessigsäurereaktion deutlich positiv. Unter derselben Ernährung mit Fortfall der Milch fiel die Zuckerausscheidung auf 42 g, bei Darreichung von 20 g Brot, 23 g Zucker. Unter Fortfall von Brot stieg die Zuckerausscheidung auf 32 g, allerdings wahrscheinlich unter dem Einflusse der Mensa.

Nun wurde auch die Eiweiß-Fettnahrung erheblich eingeschränkt, — Patientin bekam nur noch 85 g Eiweiß und 215 g Fett (2275 Kalories): Der Zuckergehalt sank auf 15 gr täglich. Nach Einschaltung eines Hungertages betrug der Zuckergehalt 1 g. Gleichzeitig stellte sich eine sehr starke Gerhard'sche Reaktion ein und der vergohrene Urin zeigte eine Linksdrehung von 0·7. In den darauffolgenden Tagen nahm die Linksdrehung und die Stärke der Gerhard'schen Reaktion wieder ab, während die Zuckerausscheidung auf 8—4 g pro die sich hielt.

Nachdem in der Ernährung auf 85 g Eiweiß und 128 gr Fette (1500 Kalorien = 28 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht) heruntergegangen war, zeigte auch die Azidose eine deutliche Abnahme.

Fall 2: 18jähriger Mann. Bei einer Kost von 114 g Eiweiß, 139·2 Fett und 52·3 Kohlehydrate schied Patient 112·75 Gramm Zucker aus. Azeton und Azetessigsäurereaktion positiv. Bei Beschränkung der Kohlehydrate auf etwa 25 g ging die Zuckerausscheidung nicht unter 70 g herunter, dabei steigerte sich aber die Azidose. Auch durch Zulage von Kohlehydraten war letztere nicht zu vermindern, wohl aber stieg die Zuckerausscheidung auf 150 g. Nach Darreichung von Natr. bicarb. und Opium sank unter allmählicher Kohlehydratentziehung die Zuckerausscheidung auf 87·5 g, jedoch mit starker Azidose bei einer Ernährung von 164 g Eiweiß, 197 g Fett und 74 g Kohlehydrate, im ganzen 2700 Kalorien. Nach Einschaltung eines Hungertages ließen sich die Kohlehydrate unter geringer Abnahme der Azeton-Reaktionen weiter entziehen. Bei einer Kost von 150 g Eiweiß, 154 g Fett und 10 g

Digitized by Google

Kohlehydrate sank die Zuckerausscheidung auf 27 g.

Schließlich gelang es bei einer Ernährung mit 100 g Eiweiß und 145 g Fett (1700 Kalorien) den Harn ganz zuckerfrei zu machen. Auch die Azetonreaktionen schwanden bald darauf im Urin vollständig.

Während in beiden Fällen wegen der Azidose anfangs mit einer Kohlehydratentziehung gezögert wurde, zeigte es sich, daß nicht nur die Zucker-, sondern auch die Oxybuttersäureausscheidung sanken, sobald nicht bloß die Kohlehydrate energisch entzogen wurden, sondern auch die Eiweiß- und Fettzufuhr beschränkt wurde. — (Die Therapie d. Gegenw., H. 3, 1904.) Laub.

Anwendung der Lumbalpunktion bei Urämie. Von Dr. Seiffert, Mühlhausen.

Vf. hatte Gelegenheit, im Verlaufe einer sehr schweren Scharlachepidemie, die sich durch vielfache Komplikationen mit Nephritis und durch eine auffallend große Mortalität durch Urämie auszeichnete, die Wirkung der Lumbalpunktion auf den Verlauf der letzteren zu studieren. Er beobachtete, daß sämtliche Fälle von Urämie, die er mit Lumbalpunktion behandelte, in Heilung ausgingen. Besonders charakteristisch war die Wirkung der Lumbalpunktion gleich beim ersten Falle. Ein mit starkem universellen Oedem nach vorausgegangenem Scharlach behafteter Schulknabe wurde in bewußtlosem stertorösen Zustande ins Krankenhaus gebracht. Nach Vornahme der Lumbalpunktion war innerhalb einer halben Stunde das Bewußtsein völlig klar, der Kranke setzte sich im Bette auf und verlangte zu essen. Am anderen Tage trat noch ein Anfall auf, der indessen noch während der sofort wiederholten Lumbalpunktion schwand, worauf ungestörte Heilung erfolgte.

Da sich die Erfahrungen des Vfs. nur auf Urämie bei Scharlachnephritis bezogen, so bleibt die Frage offen, ob die gesehene Wirkung sich nur auf Scharlachurämie oder auch auf alle anderen Urämieformen bezieht. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1904.) Laub.

Ueber die Behandlung des Morbus Basedowii mit Rodagen. Von Dr. Willy Kuhnemann.

Die jetzt allgemein geltende Auffassung eines thyreogenen Ursprunges der Basedow'schen Krankheit führte zur Darstellung des Rodagens, eines Präparats, das durch Alkoholfällung aus der Milch entkropfter Tiere, besonders Ziegen, gewonnen wird und scheinbar einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Krankheit ausübt.

Vf. teilt die Krankengeschichte eines 19jährigen Mädchens mit, das an einem schweren M. Basedow litt. Nach einem sechswöchentlichen Aufenthalte in seiner Anstalt hatte sich der Zustand der Kranken bei der üblichen Therapie nicht wesentlich geändert. Als nach einiger Zeit sich die Patientin wieder in sein Sanatorium aufnehmen ließ, begann er mit der Darreichung von Rodagen, $3 \times 2{\cdot}0$ pro die.

Es fiel zunächst die sofort einsetzende konstante Zunahme des Körpergewichtes auf; auch die Kardinalsymptome des M. Basedowii (Tachykardie, Struma, Exophthalmus, Tremor) erfuhren in der Zeit von 5—6 Wochen eine wesentliche Besserung.

Da neben der Darreichung von Rodagen noch andere Heilfaktoren in Anwendung kamen, setzte Vf., um ein Urteil darüber zu gewinnen, welchen Anteil tatsächlich das Rodagen an der Besserung hatte, dasselbe aus. Er machte dabei die Erfahrung, daß binnen wenigen Tagen der Puls wieder von 106 auf 120 anstieg, und das Körpergewicht eine Abnahme von 109 auf 106 Pfund erfuhr. Als dann wieder Rodagen gereicht wurde, zeigten sich bereits nach kurzer Zeit weitere Fortschritte in der Besserung, die ohne wesentliche Remissionen bis zur Entlassung der Patientin anhielt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1904.) Laub.

Adrenalin bei inneren Blutungen. Von Prof. H. Schlesinger.

In der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien berichtete Prof. Schlesinger unter Vorführung von zwei Kranken über

Digitized by Google

therapeutische Erfahrungen bei Behandlung schwerer innerer Blutungen mit Nebennierenextrakt. Der erste Kranke, ein 33jähriger Ingenieur, war unter den Erscheinungen einer sehr schweren Darmblutung auf die Abteilung des Vfs. im Kaiser Franz Josef-Spital aufgenommen worden. Die Anamnese ergab, daß Patient ausgesprochener Hämophile ist und nach geringfügigen Verletzungen oft schwere Blutungen erleidet. Die Darmblutung hatte schon einige Tage vor dem Spitalseintritte begonnen, im Krankenhause wurde ein rein blutiger Stuhl entleert. Dem Kranken wurden stündlich per os 10—20 Tropfen eines 1‰igen Nebennierenextraktes verabreicht, daneben noch Gelatine per os gegeben. Die Blutung stand sogleich. Eine üble Nebenwirkung wurde nicht beobachtet, trotzdem Patient in zwei Tagen etwa 30 g Adrenalinlösung verbraucht hatte.

Die zweite Kranke, eine etwa 40jährige Frau, wurde im November v. J. unter den Symptomen eines plötzlich aufgetretenen M. maculosus Werlhoffii in das Spital aufgenommen. Es waren profuse Blutungen aus Nase, Mund, Pharynx aufgetreten. Es wurde reichlich Blut erbrochen und mit dem Stuhle entleert. Es waren schwere Hämaturie und sehr umfangreiche Hautblutungen vorhanden. Da die Blutungen sich in kurzen Zeitabschnitten wiederholten und die Patientin extrem anämisch geworden war, schien sie verloren, als die Darreichung von Adrenalin per os einen plötzlichen Umschwung herbeiführte. Die Blutungen aus den Harnwegen und dem Verdauungstrakte sistierten, neue Hautblutungen traten nicht auf. Patientin genas nach einem langen Rekonvaleszentenstadium.

Die gleiche prompte Wirkung entfaltete das Nebennierenextrakt bei einer erheblicheren Zahl von Kranken mit Blutungen aus dem Magendarmtrakte. Versucht wurde es vom Vf. mit Erfolg bei Ulzerationen des Magens, Darmblutungen bei Typhus, Tuberkulose, Neoplasmen. Nie wurde eine nennenswerte Nachblutung, nie eine Intoxikationsstörung beobachtet; bei stündlicher Einnahme von 5—10 Tropfen eines 1‰igen Extrakts trat keine nennenswerte Erhöhung des Blutdruckes auf.

Bei Hämoptoe konnte eine günstige Beeinflussung nicht konstatiert werden.

Die ausgesprochen hämostatische Wirkung scheint den Nebennierenextrakten verschiedener Provenienz in gleichem Maße zuzukommen, wenigstens konnte bei den bisherigen Prüfungen des Vfs. zwischen den Präparaten von Clin, Takamine („Adrenalin"), dem „Paraganglin" und dem „Tonogen" ein bemerkenswerter Unterschied in dieser Richtung nicht gefunden werden.

Schließlich hebt Vf. eine für die Chirurgie interessante Wahrnehmung hervor. Bei dem ersten demonstrierten Kranken, der an Hämophilie litt, sollte am zweiten Tage nach Verabfolgung der Medikation eine Blutuntersuchung vorgenommen werden.

Die Untersuchung mißlang, da jedesmal der aus dem Einstich heraussickernde Blutstropfen sofort gerann. Vielleicht wird es gelingen, auf dem Wege dieser Medikation manche sonst mit schweren Blutverlusten verbundene Operation mit geringeren Blutverlusten durchzuführen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 11, 1904.) Laub.

Physikalische Therapie.

Die Verwendung des Lichtes in der Therapie. Von H. Strebel.

Vf. unterscheidet bei der Lichtbehandlung zwischen der kalorischen und der photochemischen Wirkung des Lichtes. Während die meisten Lichttherapeuten als eigentlich spezifische Lichtbehandlung nur die Applikation der chemisch wirksamen Strahlen gelten lassen, weist der Autor auch den Wärmestrahlen ihren Platz in der Phototherapie an; für die Anwendung der „Lichtwärme" kommen die bekannten, von Kellog eingeführten Glühlicht- und Bogenlichtschwitzbäder und der zur lokalen Wärmeapplikation dienende Bogenlichtreflektor (eine in einen Metalltubus horizontal einmontierte Bogenlampe, deren Licht durch einen Pa-

Digitized by Google

rabelspiegel auf die zu behandelnde Stelle reflektiert wird) in Betracht. Der minimale Gehalt an chemisch wirksamen Strahlen kommt therapeutisch nicht in Frage.

Sowohl kalorische als photochemische Wirkung spielt bei den Sonnenlichtbädern eine Rolle.

Rein chemische Lichtapplikation ist die Anwendung des konzentrierten Bogenlichtes der Finsen-Lampe, des Eisenlichtes der Bang'schen Lampe und des vom Vf. in die Lichttherapie eingeführten hochgespannten Induktionsfunkens.

Bei der Belichtung des ganzen Körpers (Sonnenlichtbad — Glühlichtbad) ist die Steigerung der Hauttätigkeit und sekundär des Stoffwechsels im allgemeinen — mag diese Steigerung nun durch kalorische, chemische oder durch beide Arten von Strahlen hervorgerufen sein — therapeutisch von Bedeutung, während als Heilfaktoren bei der lokalen Bestrahlung der Haut mit chemisch wirksamem Lichte die entzündungserregende und die baktericide Wirkung der blauen, violetten und ultravioletten Teile und des Spektrums in Betracht gezogen werden müssen. Sehr wichtig für den Erfolg der lokalen Lichtapplikation ist die Tiefenwirkung des Lichtes. Die ultravioletten Strahlen, auf die man zuerst das Hauptgewicht legen zu müssen glaubte, dringen nun leider gar nicht in die Tiefe, sondern werden von den alleroberflächlichsten Epidermisschichten absorbiert.

Referent kann daher in der Einführung des an ultravioletten Strahlen sehr reichen Eisenlichtes und des Induktionsfunkens in die Dermatotherapie keinen wesentlichen Fortschritt sehen. Denn für den Lupus vulgaris, der doch in erster Linie in Frage kommt, eignet sich die Anwendung dieser Lichtquellen wegen der mangelnden Tiefenwirkung nicht und die vom Referenten bei anderen oberflächlichen Dermatosen parisitärer Natur (Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans) angestellten Behandlungsversuche mit der Bang'schen Eisenelektrodenlampe sind in jeder Hinsicht entmutigend ausgefallen. Außerdem stehen dem Arzte für derartige oberflächliche Affektionen genug andere wirksame und billigere Mittel zur Verfügung.

Der vom Vf. angegebene Apparat zur Applikation des Induktionsfunkenlichtes besteht im wesentlichen aus einem Ebonitrohr, an dessen einem Ende ein als Reflektor dienender Magnesiumspiegel angebracht ist, während sich am anderen Ende eine als Kompressorium fungierende Quarzplatte befindet. Im Innern des Rohres sind zwei Aluminiumelektroden befestigt, zwischen denen der Induktionsfunke überspringt. Nach einer Belichtungszeit von 30—40 Minuten tritt eine entzündliche Reaktion ein. Außerdem hat der Verfasser, um das Induktionsfunkenlicht auch auf schwer zugängliche Schleimhautflächen wirken lassen zu können, sondenförmige, mit Quarzfenstern versehene Instrumente konstruiert, die in Uretha, Vesika, Vagina, Uterus etc. eingeführt werden.

Der Autor empfiehlt teils die allgemeine, teils die lokale Lichtbehandlung bei den verschiedenartigsten Krankheiten.

Das geeignetste Objekt zur Behandlung mit „Lichtwärme" im Glühlichtkasten ist die Fettleibigkeit; mit Leichtigkeit läßt sich „ohne subjektive Beschwerden und objektive Schädigung" eine Gewichtsabnahme von 20—25, ja in vielen Fällen bis 40 Pfund erzielen.

Herzleiden organischer und funktioneller Natur hält der Vf. nicht für eine Kontraindikation, vorausgesetzt, daß keine Kompensationsstörungen vorhanden sind.

Nicht sehr ermutigend sind die Erfolge der Lichtschwitzbäder bei Diabetes, Gicht und Rheumatismus. Ferner ist die Lichtschwitzbehandlung angezeigt bei katarrhalischen Zuständen oder Bronchien, womöglich mit gleichzeitiger lokaler Bestrahlung.

Anämische, Chlorotische, Neurastheniker und Phtisiker im Frühstadium sind sehr geeignet für das Sonnenlichtbad, dagegen ungeeignet für das Lichtschwitzbad.

Die Syphilis glaubt der Autor durch eine Kombination des Hg mit einer Lichtschwitzbehandlung günstiger beeinflussen zu können als durch Hg allein. Harte

Digitized by Google

Schanker und tertiäre Ulzera sollen auf Ultraviolettbestrahlung (Eisenlicht, Funkenlicht) rasch abheilen, desgleichen Ulcera mollia, auch phagedänische Formen innerhalb weniger Tage.

Weiterhin sind durch die lokale Bestrahlung bei Favus, Sykosis, Trichophytia capitis, Naevus vasculosus, Akne, Furunkulose, Acne rosacea günstige Resultate zu erzielen. Außerdem gibt der Vf. an, mit dem Induktionsfunkenlicht zwei Fälle von Lupus vulgaris, zwei Fälle von tertiär-syphilitischen Ulzerationen, einen Fall von Herpes tonsurans, einen Fall von Sykosis und einen Fall von nässendem Ekzem geheilt zu haben, ferner Ulcus cruris, Alopecia areata, akute und chronische Gonorrhöe.

Referent besitzt Erfahrungen nur über die Finsen-Behandlung und die Behandlung mit der Bang'schen Eisenlichtlampe und kann daher ein Urteil über den Wert der vom Vf. empfohlenen allgemeinen photochemischen und kalorischen Lichtbäder und der lokalen Bestrahlung mit dem Induktionsfunkenlicht nicht abgeben, möchte aber doch vor einem allzugroßen Optimismus in der Phototherapie warnen. — (Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie, Bd. 6, H. 12, 1903.) Dr. Buxbaum.

Ueber Formen und Behandlung des chronischen Gelenksrheumatismus. Von Prof. His (Basel).

Die chronischen rheumatischen Gelenkkrankheiten bieten einen großen Reichtum von Formen, die durch allmähliche Uebergänge miteinander verbunden sind, so daß eine scharfe Trennung und nur das Hervorheben häufiger Krankheitsbilder möglich ist. Solche sind: 1. der sekundär chronische Rheumatismus, 2. die primäre chronische Polyarthritis in zwei Untergruppen, deren erste durch Befallensein jugendlicher Individuen meist in einzelnen Schüben und mit Fieber, die zweite durch seine Vorliebe für das reifere Alter, chronischen und fieberlosen Verlauf, gekennzeichnet ist; beiden gemeinsam ist die Vorliebe für die kleinen Gelenke, ausgesprochene Symmetrie und progressiven Charakter, 3. die chronische Monarthritis, die Arthritis deformans Volkmanns, 4. die Heber-Teufer-Knoten, oft, doch durchaus nicht immer, Begleitsymptome der Harnsäure-Gicht, 5. die chronisch-symmetrischen Erkrankungen der Wirbelsäule. Hieran schließen sich die chronischen Rheumatoide, die durch bekannte Erreger, Gonokokken, Tuberkelbazillen, Pneumokokken hervorgerufen sind. Die Aetiologie ist nicht völlig aufgeklärt, wahrscheinlich auch nicht einheitlich, manche Formen scheinen infektiös, andere konstitutionell zu sein, während für neurogenen Ursprung zwingende Gründe bisher nicht vorliegen. Die Behandlung muß je nach der Form des Gelenksrheumatismus sehr variieren. Heißluftbehandlung und Stauung nach Bier ist in manchen Fällen vortrefflich. — (Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte, XXXIII, 1. Sept.)

Dr. Buxbaum.

Zur Behandlung der Anämien. Von Dr. Mamlock.

Nach den Ansichten Grawitzs (Therap. d. Gegenw., 1900) und Noordens (Nothnagel Path. u. Ther.) handelt es sich bei der Chlorose und Anämie um eine vasomotorische Neurose, die zu Störungen des Flüssigkeitsaustausches zwischen Blut und Gewebe führt und die Entwicklung der roten Blutkörperchen im Knochenmark durch Flüssigkeitsaufnahme und Quellung beeinträchtigt. Das Blut wird daher reicher an Plasma. Dieser Zustand wird fast nur noch verstärkt durch Appetitlosigkeit, wodurch erfahrungsgemäß eine Wasserzunahme des Blutes erfolgt. Nun hat nach neueren Untersuchungen das Blut die ausgesprochene Tendenz, die normalen Mischungsverhältnisse wiederherzustellen und zwar nicht nur das normale Verhältnis der roten Blutkörperchen zum Plasma, sondern man findet auch, wenn man nach sehr erheblichen Blutverlusten das Volumen des Blutes durch Infusionen mit physiologischer Kochsalzlösung ersetzt, daß sich dann auch in allerkürzester Zeit der normale Gehalt des Plasma an Zucker und Proteïn wiederherstellt. Taylor und Frazier (Philadelphia 1900), denen wir diese Untersu-

Digitized by Google

chungen verdanken, meinen, es handle sich bei diesen Vorgängen um eine direkte Ausschwemmung der betreffenden Substanzen aus den Geweben. Ganz ähnlich nimmt nun Rzetkowski (Ueber den Einfluß starker Schweißabsonderung auf die Blutbestandteile, Zeitschr. d. ph. u. diät. Ther., H. 6 u. 7, 1903) an, daß ein Anwachsen der roten Blutkörperchen erzielt werden könne, wenn man ein vermehrtes Einströmen von Gewebeflüssigkeit in das Zirkulationssystem hervorrufe. Dies könne man zweckmäßig durch Wärme bewirken, wodurch eine Erweiterung der peripheren Gefäße mit reichlicher Schweißabsonderung eintrete. Hiemit sind genügend Anhaltspunkte für die Anwendung der Wärme gegeben in Fällen von Störung der Blutmischung. Rosin (XVI. Kongreß f. inn. Med. in Wiesbaden, 1898) berichtet über sehr günstige Erfolge mit heißen Bädern bei Bleichsucht, und zwar sah er in sehr vielen Fällen Besserung, wenn er den Kranken 32—35 ° C.-Bäder gab. Die Kranken bleiben eine halbe bis eine Stunde im Wasser. Die Kur dauert 4—6 Wochen und läßt er wöchentlich dreimal baden; auch Gerganoff (Inaug. dissert. Path. u. Ther. d. Bleichsucht, Berlin, 1900) sah von heißen Bädern guten Erfolg. Grawitz sieht den Hauptwert der Schwitzbäder in der Entlastung der Zirkulation. — Noch besser wie Wasserbäder sollen Heißluftbäder wirken, welche von Laqueur, Frey, Senator empfohlen werden. Die wesentlichen Veränderungen, welche nach Heißluftbädern beobachtet werden, bestehen in einer Zunahme des Hämoglobingehaltes. Als Kontraindikationen werden allgemeine Schwäche angegeben. Von großem Vorteile ist natürlich auch die mit den Bädern gleichzeitig empfohlene Bettruhe. — (Zeitschr. f. phis. u. diät. Therapie, Aug. 1903.) Dr. Buxbaum.

Zur Heißluftbehandlung gynäkologischer Erkrankungen. Von O. Buerger.

Unter den günstigen Allgemeinwirkungen dieser Therapie, für welche elektrische Schwitzkästen, sowie Trockenheißluftapparate in Verwendung kamen, nennt Vf. besonders die auffallende und rasche Besserung im subjektiven Empfinden der Kranken, die Abnahme der Schmerzen, eine Wirkung, welche auf die erzeugte aktive Hyperämie zurückzuführen ist. Auch eine Besserung des Appetits und Zunahme des Körpergewichtes konnte in manchen Fällen beobachtet werden. Das dankbarste Behandlungsobjekt bilden Fälle von Parametritis. Hier wurde meist eine Verkleinerung der entzündlichen Tumoren konstatiert. Manchmal zeigte sich eine raschere Einschmelzung eitrig infiltrierten Gewebes. Auch in den Fällen von Perimetritis konnten zum Teile gute Erfolge erzielt werden, besonders bei Stumpfexudaten. Kontraindiziert erscheint die Heißluftbehandlung bei großen Adnextumoren und gleichzeitig bestehendem Fieber. Andere Fälle entzündlicher Adnextumoren zeigten Rückgang des entzündlichen Oedems. Ein Fall von Aktinomykose wurde günstig beeinflußt, ebenso mehrere Fälle mit Bauchdeckenfisteln. — (Blätter f. klin. Hydrotherapie, H. 8, 1903.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Wundbehandlung nach biologischem Prinzip. Von Dr. Ludwig Ihrig.

Vf. ist zu der Ansicht gelangt, daß alle Antiseptika, die bei der Wundbehandlung benützt werden, mehr schaden, als nützen. Die Infektion kann nicht vernichtet werden, ohne daß die Gewebszelle in ihrer Lebenstätigkeit geschädigt werde, diese sei aber im Kampfe zwischen Organismus und Infektionsstoff der wichtigste Faktor. In ihrer Vitalität nicht geschädigte Gewebszellen werden — mit Ausnahme der Fälle absoluter Toxizität — mit der Infektion schon fertig.

Vf. hat sich daher ein System der Wundbehandlung zurechtgelegt, bei welchem er die Tätigkeit der Gewebszellen nur unterstützt, u. zw. vor allem durch Fernhalten aller physikalischen und chemischen Insulte von der Wunde. Zur Abspülung und zum Verband benützt er eine möglichst indifferente Flüssigkeit und da Blut, das eigentlich die geeignetste Flüssigkeit wäre, nicht verwendbar ist, weil es selbst leicht zersetzbar ist, bedient er

Digitized by Google

sich der modifizierten Locke'schen Flüssigkeit, deren Salzgehalt dem des Blutes sehr nahe kommt. Die Flüssigkeit enthält 0·03% $CaCl_2$, 0·04% $NaHCO_3$ und 0·9% NaCl.

Die Flüssigkeit wird sowohl zum Abspülen der Wunde, als auch zum Anfeuchten der Verbandgaze, die auf die Wunde kommt, benützt. Auch die Tupfer werden in diese Flüssigkeit getaucht. Die Instrumente werden sterilisiert und während der Operation trocken aufbewahrt; die in Alkohol aufbewahrte, durch Auskochen steril gemachte Seide, wird vor dem Gebrauch in die früher genannte Flüssigkeit gelegt. Die Wunde wird nach Möglichkeit nicht mit den Händen berührt und alle gequetschten und in ihrer Vitalität zerstörten Gewebe werden mit dem Messer entfernt.

Infizierte Wunden und Phlegmonen spaltet Vf. sehr breit und verbindet sie dann ohne Antiseptikum, mit Gaze, die in die Flüssigkeit getaucht wurde. Der Verband, der durch einen wasserdichten Stoff feucht gehalten wird, soll 1—2mal täglich gewechselt werden. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 40, H. 1.) E.

Die Behandlung von granulierenden Hautwunden. Von Dr. H. Wagner.

Der Salbenverband, der zur Behandlung granulierender Flächen fast allgemein benützt wird, hat große Nachteile, indem die Feuchtigkeit den Epidermissaum mazeriert und die Ueberhäutung verzögert; in der feuchten Kammer, den der Salbenverband darstellt, wuchern die Granulationen zu üppig und bedecken den Epidermissaum, und endlich vermehren sich auch die Bakterien sehr zahlreich.

Diese Nachteile trachtet Vf. zu vermeiden, indem er die Wunde an der Luft austrocknen läßt. Die Sekretion hört dann in sehr kurzer Zeit auf, die Wunde bedeckt sich mit einem zarten Häutchen, so daß man die Wunde mit dem Finger berühren kann, die Granulationen schrumpfen, der Epidermissaum verliert sein aufgequollenes Aussehen und die Epidermisierung schreitet rasch vorwärts.

Ohne in eine weitere theoretische Erklärung dieser Tatsachen einzugehen, schlägt Vf. vor, diese Austrocknung zur systematischen Behandlung von größeren Granulationsflächen zu benützen, wie er es seit Jahren durchgeführt hat. Die Wunde wird früh aufgemacht und — nach vorheriger Reinigung der Umgebung — den ganzen Tag unbedeckt liegen gelassen; die Patienten bleiben im trockenen Zimmer oder wenns die Jahreszeit erlaubt, in Liegehallen. Für die Nacht werden die Wunden mit einem Pulververband bedeckt. Unter dieser Behandlung sah Vf. eine sehr rasche Ueberhäutung auch großer Granulationsflächen.

Wenn man vorsichtig ist und diese Behandlung auf Stationen, auf welchen Erysipelkranke liegen, nicht durchführt, wird man, ebensowenig wie der Vf., eine Schädigung der Wunde je erleben. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 50, 1903.) E.

Ueber die Resektion der Leber. Von Dr. Willy Anschütz.

Obwohl die Indikation zur Resektion der Leber verhältnismäßig selten gestellt werden wird, ist das Bestreben der modernen Chirurgie dahin gerichtet, die Technik der Operation möglichst gefahrlos zu gestalten. Die größte Gefahr bildet bei Resektion der Leber die Blutung, die bei größeren Tumoren beängstigend sein kann; außerdem ging ein Teil der Fälle früher an Nachblutung verloren.

Nach den Erfahrungen des Vf. genügen repressive Verfahren der Blutstillung nur bei kleineren Leberresektionen. Die Tamponade bewährt sich bei Auskratzungen erweichter Tumoren; der Paquelin stillt Blutungen aus kleineren Gefäßen, bei größeren Gefäßen versagt er meistens, ebenso wie das Heißluftverfahren. Die Gefäße der Leber vertragen nach den Erfahrungen des Vf. die Unterbindung, wie die Gefäße an anderen Körperstellen und die Blutstillung vermittels Ligatur ist für kleine Operationen ziemlich sicher.

Hingegen sind bei allen größeren Leberresektionen präventive Maßnahmen zur Stillung der Blutung notwendig. Temporäre Kompression, elastische Umschnürung, bewähren sich gut. Vortrefflich hat sich das von Kusnezoff und Pensky am Tier ausprobierte Verfahren bewährt

Digitized by Google

und auf der Klinik von Mikulicz sehr gute Dienste geleistet. Das Verfahren besteht in intrahepatischen Massenligaturen, die in strenger Ordnung gelegt werden; festes Zuschnüren der Ligaturen ist die Voraussetzung für den Erfolg. Das Verfahren bietet noch den Vorteil, daß es gleichzeitig auch schon die definitive Blutstillung besorgt. Die Resektion wird erst nach Anlegung der Ligaturen ausgeführt und verläuft fast unblutig. Wenn eine oder die andere Stelle nach der Resektion noch bluten sollte, kann dann die Unterbindung des blutenden Gefäßes oder die Verschorfung mit dem Paquelin vorgenommen werden.

Die Resektion der Leber verläuft, wenn dieses Verfahren angewendet wird, viel günstiger. Die Indikation zur Operation geben nach Ansicht des Vf. hauptsächlich das tubulöse Adenom und der multiloculäre Echinokokkus ab. Das erstere kann leicht in Karzinom übergehen, und der Echinokokkus bewirkt ebenfalls den Tod des Trägers in kurzer Zeit. Zu widerraten ist die Resektion bei erweichten Syphilomen, weil eine antisyphilitische Behandlung immer Heilung herbeiführen wird. Beninge Tumoren (Kavernome, Zysten) werden selten eine solche Größe erreichen, daß sie gefahrdrohend werden, außerdem sind sie sehr selten. Bei malignen Tumoren ist die Hoffnung auf Heilung durch die Resektion sehr gering. — (Samml. klin. Vortr. v. Volkmann, Nr. 356 und 357.) E.

Milzexstirpation wegen Banti'scher Krankheit. Von Dr. Quenu und Dr. Duval.

Das Krankheitsbild der Banti'schen Krankheit setzt sich aus Milzvergrößerung, Anämie und Leberzirrhose zusammen. Von den meisten italienischen Autoren wird die Krankheit als eine primäre Erkrankung der Milz angesehen, welche die Anämie und Zirrhose zur Folge hat. Das erste Stadium der Krankheit kann viele Jahre lang dauern, während welcher der Milztumor oft enorme Größen erreicht und die Anämie immer zunimmt. Im zweiten Stadium, welches nur einige Monate dauert, treten Ikterus und Diarrhöen auf, während im dritten die zirrhotische Schrumpfung der Leber mit all ihren für den Organismus delatären Folgen sich einstellt. Die Aetiologie der Krankheit ist unklar, in allen Fällen konnten Malaria, Syphilis und Tuberkulose ausgeschlossen werden.

Bei dem Mangel genauer Kenntnisse über die Pathologie der Krankheit läßt sich zwar keine theoretische Begründung der chirurgischen Behandlung sicher durchführen, allein die praktische Erfahrung hat gelehrt, daß die Milzexstirpation auf die Krankheit einen günstigen Einfluß ausübt. Tatsächlich gelang es auch den Vf., die auf Grund dieser praktischen Erfahrungen anderer Autoren, sich zur Milzexstirpation bei ihrer 23jährigen Patientin entschlossen hatten, die Heilung der Kranken herbeizuführen.

Die Operation wurde von der Patientin sehr gut vertragen, in kurzer Zeit wurde die Zusammensetzung des Blutes eine normale. Die exstirpierte Milz wog 2 kg. Die Patientin blieb, wie die Nachuntersuchung vier Jahre nach der Operation zeigte, dauernd gesund, heiratete nach der Operation und brachte zwei gesunde Kinder zur Welt, und war sogar imstande, die Kinder selbst zu stillen. — (Revue de Chirurgie Nr. 10, 1903.) E.

Ueber das „harte traumatische Oedem" des Handrückens. Von Dr. Robert Grünbaum.

Vf. hat einen Fall dieser nicht häufigen Erkrankung genau beobachtet und weist darauf hin, daß diese Form des Oedems sich von dem gewöhnlichen Oedem, das im Anschluß an Verletzungen entsteht, bedeutend unterscheide. Es bleibt auf dem Handrücken beschränkt und übergreift nie auf die Hohlhand; es fühlt sich hart an und wenn man das Oedem samt der Haut an der Unterlage verschiebt, fühlt man ein derbes Knarren, wie beim Einbiegen von Leder. Es besteht große Druckschmerzhaftigkeit der Knochen im Bereich des Oedems und trotzdem läßt die Röntgenuntersuchung eine Fraktur ausschließen. Die Röntgenuntersuchung ergab weiter, daß beim harten, traumatischen Oedem schon frühzeitig deutliche Knochenatrophien am unteren Ende, der Vorderarmknochen, an den Metakarpi und der

Digitized by Google

Mittelhand entstehen. Diese Atrophien erklären auch, warum das Krankheitsbild ein so schweres ist; die Atrophien gehen nämlich nur sehr langsam zurück.

Nach den Erfahrungen des Vf. entsteht das Oedem im Anschluß an zirkumskripte Traumen des Handrückens (Schlag mit dem Hammer, Auffallen etc.) und kann nach drei Wochen schon sehr derb sein. Vf. ist der Ansicht, daß die Ursache der Schwellung in einer Neubildung von Bindegewebe zu suchen ist; es ist daher erklärlich, warum die früher übliche Therapie (Umschläge, Ruhe, Massage) auf den Verlauf des Prozesses einen nur wenig günstigen Einfluß ausübte.

Vf. hat daher, als ihn diese Therapie im Stiche ließ, behufs Erweichung des Bindegewebes Einspritzungen von Thiosinamin (1 g einer 15%igen alkoholischen Lösung jeden zweiten Tag) angewendet und sah nach zehn Einspritzungen das Oedem zurückgehen und die Beweglichkeit der Finger zunehmen.

Die Resorption der Geschwulst kann durch Heißluftbehandlung (täglich ein Bad von 70—80° C.) mit daran anschließenden passiven Bewegungen unterstützt werden. — (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 50 u. 51, 1903.) E.

Die Bildung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Deckung der Tibiasägefläche mit der Achillessehne. Von Dr. Dietel.

Nach der vom Vf. angegebenen Methode wurden an der Leipziger chirurgischen Klinik neun Fälle von Amputation ausgeführt und sehr schöne funktionelle Resultate erzielt. Nach neueren Untersuchungen ist als Ursache der Schmerzhaftigkeit des Stumpfes das Offenbleiben der Markhöhle zu betrachten, welche einen vorspringenden, druckempfindlichen Kallus produziert. Durch Verschluß der Markhöhle mittels eines Knochendeckels wird diese Kallusbildung verhindert.

Viel einfacher ist das Verfahren Dietels, der die untere Sägefläche der Tibia durch einen Sehnenlappen aus der Achillessehne deckt. Zu diesem Zwecke muß die Sehne lang erhalten und an der vorderen Fläche der Tibia (am Periost) fest angenäht werden. Nach langer Zeit ist noch eine Schichte derben Gewebes zwischen Haut und Knochen zu fühlen, welche das Verwachsen der Haut mit der Knochennarbe verhindert.

Das endgiltige gute, funktionelle Resultat wird aber erst dadurch herbeigeführt, daß die ursprünglich zarte Haut, die den Stumpf bedeckt, durch Massage und Klopfen des Stumpfes und durch Tretübungen unempfindlich gemacht und für die Funktion der Sohlenhaut vorbereitet wird. Diese Uebungen müssen sehr frühzeitig, sofort nach Heilung der Amputationswunde angefangen und energisch durchgeführt werden, um ein gutes Dauerresultat zu erzielen.

Sämtliche Patienten erhielten eine einfache Prothese und konnten stundenlang auf der unteren Fläche des Stumpfes stehen, ohne Schmerzen zu empfinden. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 71, H. 5 und 6.) E.

Ueber die Behandlung von Oesophagus-Karzinomen mit Radiumstrahlen. Von Dr. Exner.

Ausgehend von den Erfahrungen, die Vf. bei der Behandlung ulzerierender inoperabler Karzinome mit Radium gemacht hat, versuchte es Vf., auch die schwer zu behandelnden Oesophaguskarzinome durch Radium zu beeinflussen. Vf. fand bei seinen früheren Versuchen, daß unter der Einwirkung von Radium im Karzinomgewebe tiefe Höhlen sich bilden, die durch Nekrose des Gewebes entstehen.

Um mit dem Radium nahe an das Karzinom zu kommen, schloß er 60 mg Radium in eine Hartgummikapsel, die an eine Oesophagusbougie angeschraubt wurde, ein.

Die jedesmalige Bestrahlung dauerte 20—30 Minuten, und obwohl die Kapsel immer mit der Bougie Nr. 16 eingeführt wurde, konnte nach 10—14tägiger Behandlung eine weit stärkere Sonde (Nr. 23 bis 26) ohne jede Anstrengung eingeführt werden. Die Erweiterung der Striktur nahm auch noch nach Aussetzen der Bestrahlung zu. Die Ursache der Besserung lag in dem Zerfalle des Gewebes. Da aber die Tiefe des Zerfalles von vornherein nicht bestimmt werden kann, kann die Me-

Digitized by Google

thode auch Schaden verursachen, indem durch Verabreichen einer zu großen Dosis von Radiumstrahlen eine Perforation des Oesophagus erzeugt werden kann. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 4, 1904.)
E.

Wann soll ein verletztes Glied amputiert werden? Von Primararzt Dr. Schopf.

An einem besonders krassen Falle von multiplen offenen Frakturen und Luxationen aller vier Extremitäten zeigt Vf., wie vorsichtig man mit der Indikation der primären Amputation sein soll. Der Patient, der von einem Transmissionsriemen erfaßt und herumgeschleudert wurde, hatte große Blutverluste erlitten und wurde in anämischem und kollabiertem Zustand mit benommenem Sensorium der Abteilung zugeführt. Die Vorderarmknochen beider Extremitäten waren splittrig gebrochen, die Muskulatur fetzig zerrissen; von der Haut war an dem rechten Vorderarm nur eine 5 cm breite Brücke erhalten. An den unteren Extremitäten fanden sich ebenfalls so ausgedehnte Zerquetschungen der Muskulatur mit Hämatombildung, dann Luxationen und Frakturen, so daß eigentlich nur an die Amputation aller vier Extremitäten gedacht werden mußte. Da aber vorauszusehen war, daß der Patient diesen schweren Eingriff nicht aushalten wird, wurde von eingreifenden Operationen abgesehen und vor allem der Kollaps durch Kochsalzinzisionen bekämpft.

An den oberen Extremitäten wurden die Wunden gereinigt, die Splitter entfernt, die gequetschte Muskulatur weggeschnitten, die gebrochenen Knochen mit Silberdraht zusammengenäht. An den unteren Extremitäten wurden die Luxationen reponiert und große Schnitte in die Weichteile behufs Entleerung der Hämatome gemacht. Die Wunden wurden mit Jodoformgaze verbunden.

Patient erholte sich am nächsten Tage vom Kollaps. Da sich an den unteren Extremitäten Gangrän entwickelte, mußte am vierten Tage nach der Verletzung der rechte Unterschenkel und am siebenten Tage der linke Unterschenkel im unteren Drittel amputiert werden. Nachdem Patient noch eine Lungenembolie durchgemacht hatte, und nachdem noch andere Komplikationen im Wundverlauf überwunden wurden, trat nach sieben Monaten endgiltige Heilung ein. Patient, der nach der Amputation aller vier Extremitäten ein hilfloser Fleischklumpen geworden wäre, ist durch die weitgehendste konservative Behandlung von diesem traurigen Schicksal bewahrt worden und kann jetzt mit künstlichen Beinen und Krücken sich fortbewegen und verschiedene Verrichtungen (wie sich ankleiden, essen, größere Gegenstände anfassen) ausführen.

Dieser Fall beweist klar, was für schwere Verletzungen unter dem Schutze der Antisepsis noch konservativ zu behandeln sind. Vf. rät daher, nur dort die primäre Amputation auszuführen, wo die Extremität unbedingt der Gangrän verfallen ist, d. i. bei Zerreißung der ernährenden Hauptgefäße. Bei Fingerverletzungen kommt man häufiger in die Lage, primär eine Amputation auszuführen, weil ein steif ausgeheilter Finger den Patienten mehr schädigt, als ein primär amputierter. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 6, 1904.)
E.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ein Hindernis im dritten Akte der Wendung (Extraktion). Von P. Budin.

Vf. hatte Gelegenheit, in 2 Fällen von normalen Becken zu beobachten, daß bei der Extraktion nach erfolgter Wendung sich der kindliche Kopf im Beckeneingang einkeilt, indem das Hinterhaupt sich gegen die Symphyse stemmt. Da Vf. nun neuerdings wieder in die Lage kam, eine ähnliche dritte Beobachtung zu machen, so bringt er eine detaillierte Beschreibung des Falles. Nach vollendeter Wendung waren die Schultern bereits geboren, jedoch folgte der Kopf nicht, trotz des vom Abdomen ausgeübten Druckes. Bei der vorgenommenen innerlichen Untersuchung wurde festgestellt, daß der Kopf in die Excavatio nicht eingetreten sei. Die Stirn war auf dem Promontorium fixiert, das Gesicht befand sich dem Kreuzbein gegenüber, das Kinn sah direkt nach hinten.

Digitized by Google

Es handelte sich nun darum, den Kopf auf beste Weise in das kleine Becken herabzubekommen, und es fragte sich, ob dies mittels der Zange oder durch starken Zug am Unterkiefer zu erreichen sein werde. Die im queren Durchmesser angelegte Zange hatte nur eine Vermehrung des sagittalen Durchmessers des kindlichen Schädels zur Folge. Da die Frucht nicht übermäßig groß erschien, so war man zur Annahme berechtigt, daß der subokzipitofrontale Durchmesser nicht wesentlich größer sei als die Conjugate vera. Vf. kam daher zum Schlusse, am Unterkiefer und der Schulter einen Zug auszuüben unter gleichzeitigem Druck vom Abdomen her, von vorne und hinten. Durch diese Kombination kam Vf. zum Ziele. — (L'Obstétrique Nr. 3, 1901.) Königstein.

Behandlung der nach Operation sich entwickelnden Bauchbrüche. Von J. Haynes.

Vf. stellt für die Operation der Bauchbrüche folgende Regeln auf: 1. Die neuerliche Inzision ist im gesunden Gewebe jederseits der alten Narbe zu machen. 2. Jede einzelne Muskel oder Faszienschicht suche man in einiger Entfernung von der Linie auf, wo sie in die Narbe übergeht und schneide sie dann möglichst nahe der Narbe, aber in ganz gesundem Gewebe durch. 3. Auch das Bauchfell muß in einigem Abstand von der Narbe in durchaus gesundem Gewebe durchtrennt werden. 4. Alle starken Verwachsungen zwischen Sack und Eingeweiden oder Netz müssen getrennt werden, nötigenfalls zwischen Ligaturen. 5. Der Netzstumpf soll mit Netz bedeckt und mit fortlaufender Naht versorgt werden, um spätere Verwachsungen zu verhüten. 6. Als Nahtmaterial empfiehlt Vf. Chromkatgut oder Silberdraht. Das Bauchfell soll in fortlaufender, die Muskeln und Faszien in unterbrochener Naht vereinigt werden. Besonders soll auf exakte Vereinigung der Muskeln geachtet werden. 7. Die Kranken sollen 3—4 Wochen im Bett gehalten werden. Das Anlegen von Bändern mit Pelotten ist nicht notwendig, ein einfacher Gürtel genügt. — (Philadelphia med. journ., 1901.) Königstein.

Karzinom-Schwangerschaft und Geburt. Von S. S. Cholmogorow.

Vf. berichtet über eine 32jährige VIII. para mit Ca. cervicis, wo er nach Wehenbeginn die Sectio cäsarea mit nachfolgender Uterusexstirpation durch den Leibschnitt ausführte. Es wurde ein totes, mazeriertes Kind zutage gefördert und die Mutter mit einer geringen Infiltration des rechten Parametriums entlassen. Vf. kommt auf Grund der gesammelten Literatur und seines eigenes Falles zu folgenden Schlüssen: Ist das vorhandene Karzinom der Zervix operabel, so muß der Uterus samt Eisack sofort vaginal entfernt werden, wenn die Gravidität sich in den ersten Monaten befindet. Ist letztere jedoch bis zum 6.—8. Monat vorgeschritten, dann muß die vaginale Sectio caesarea gemacht werden und der Uterus nachher vaginal entfernt werden. Am Ende der Gravidität muß man die Sectio caesarea ausführen und die Gebärmutter sofort durch denselben Leibschnitt (nach Freund) entfernen. Ist die Geburt per vias naturales spontan oder operativ beendet, so muß bei operablem Karzinom der Uterus sofort vaginal entfernt werden. Wenn das Karzinom nicht operabel ist, so muß am Ende der Gravidität sofort die Sectio caesarea nach Porro gemacht werden. — (Journ. akuscherstwa i shensk. bolesnej Nr. 6, 1901.) Königstein.

Ein Fall von Sectio cäsarea mit Ovariotomie intra partum. Von Stratz.

Vf. berichtet über eine 24jährige I. para, die sich bereits seit vier Tagen in partu befand. Bei ziemlich starken Wehen war der Muttermund nur für einen Finger durchgängig. Der Kopf war rechts in der Ileokökalgegend, der Rücken war links von der Medianlinie und kleine Teile rechts von derselben zu tasten. Die Zahl der kindlichen Herztöne betrug 132. Die vaginale Untersuchung ergab einen linksseitigen elastischen Tumor, von dem Stränge nach der linken Seite des Uterus verliefen. Per rectum fühlte man dünne, peritoneale Stränge. Kontraktionsring befand sich zwei Finger unter dem Nabel. Die Tem-

Digitized by Google

peratur betrug 37·7. Vf. kam mithin zu folgender Diagnose: Gebärende Kopflage, lebendes Kind, linksseitige Eierstockgeschwulst mit peritonealen Verwachsungen, drohende Uterusruptur, weil der Kopf seitlich stark abgewichen war und in der Wehenpause besonders deutlich zu fühlen war. Da Repositionsversuche nicht von Erfolg begleitet waren, so entschloß sich Vf., wegen drohender Uterusruptur, den Kaiserschnitt vorzunehmen. Der Uterus wurde eventriert, eine elastische Ligatur um die Zervix gelegt, das Kind lebend entwickelt, der Uterus durch Nähte geschlossen. Dann wurde die mit demselben verwachsene Geschwulst gelöst und abgetragen. Dieselbe erweist sich als Dermoidzyste. Das Kind lebt und wiegt 3000 Gramm. Trotz mangelhafter Assistenz verlief das Wochenbett normal, bis auf die zwei ersten Tage, wo die Temperatur zwischen 37·5—38° schwankte. Vf. kommt zum Schlusse, daß, wenn die Ovariotomie während der Geburt auf abdominalem Wege indiziert ist, dieselbe in der Regel mit der Sectio cäsarea zu kombinieren sein wird. — (Nederl. Tijdschr. v. Geneskunde Nr. 6, 1901.) Königstein.

Ueber Ernährungskuren in der Schwangerschaft. Von Prochownik.

Vf. legt sich die Beantwortung folgender zwei Fragen vor: I. Ist ein Zusammenhang zwischen Kräfte- und Ernährungszustand der Frau und dem Verlauf der Geburt des Wochenbettes und Stillgeschäftes vorhanden? II. Besteht ein solcher zwischen Ernährung der Mutter und Beschaffenheit des Kindes? Er kommt hiebei auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen bezüglich der Frage I. Bei rekonvaleszenten Chlorotischen, ist primäre Wehenschwäche anzutreffen, ebenso findet sie sich bei Frauen mit hochgradig erschlafften Bauchdecken und bei älteren Erstgebärenden mit stärkerem Fettansatze. Die Stillfähigkeit der Frauen nimmt rapid ab und ist der Grund hiefür in Vererbung, der beruflichen Beschäftigung, verfrühtem Fettansatz und in der Eitelkeit zu suchen. Die Entbindung läßt sich beeinflussen, doch muß individualisiert werden und ist bei Fetten eine Entziehungskur, bei heruntergekommenen Frauen eine Mastkur am Platze. So gelang es unter anderem dem Vf., bei einer fetten Frau die erste und dritte Entbindung durch seine Diät günstig zu beeinflussen, während die zweite Entbindung ohne diese Kur schwer verlief. Es wurden übrigens auch von anderer Seite mancherlei Diätvorschläge gemacht behufs Erleichterung der Entbindung. Bei Heruntergekommenen ist mit der Kur jedenfalls sehr früh zu beginnen und wird die Einhaltung mehrwöchentlicher völliger Bettruhe sehr zu empfehlen sein. Bezüglich der Nahrung selbst kann man den jeweiligen Wünschen wohl Rechnung tragen, lege aber sein Hauptaugenmerk auf die Verdaulichkeit des zu Genießenden. Die Aufnahme von viel Eiweiß und Fett in jeder Form ist sehr empfehlenswert. Die Zufuhr von Flüssigkeiten kann eine reichliche sein, doch sind Alkoholika möglichst einzuschränken. Bei Stuhlverhaltung sind Abführmittel möglichst zu meiden und mit Klysmen nachzuhelfen. Zusatz von kleinen Eisenmengen zu der Nahrung hat sich sehr bewährt und blühen die Frauen nicht nur geradezu auf, sondern es wird auch der Geburtsverlauf ein besserer. Geringer Erfolg ließ sich jedoch erzielen bei dem Versuche, die Stillfähigkeit der Frauen zu beeinflussen, resp. dieselbe wieder herzustellen. Es wurden reichlich Kohlehydrate verabfolgt und wurden die Brüste fünf Wochen vor der Niederkunft alle zwei Tage durch 15—20 Minuten zart massiert. Daß zwischen mütterlicher Ernährung und der Ausbildung der Frucht unter normalen Verhältnissen ein Zusammenhang besteht, ist durch die Tierzucht zur Genüge bekannt und sind besonders die zwei letzten Schwangerschaftsmonate von besonderem Einfluß auf die Entwicklung der Frucht. Aus diesem Grunde ist die Prochownik'sche Diät gerade während dieser Zeit von bestem Erfolge begleitet. Im übrigen wurden auch von anderer Seite zur Erleichterung der Entbindung verschiedene Diätvorschläge gemacht, so unter anderem eine mehr oder weniger vegetabilische Kost. Mäßiger Fleischzusatz schadet nichts und Einschränkung von vielem Trinken ist angezeigt, auch

Digitized by Google

der Genuß von Brot ist aufs äußerste zu restringieren; letzteres schon aus dem Grunde, um der während der Schwangerschaft so lästigen Verstopfung vorzubeugen. Vf. verfügt über 17 Fälle mit 26 Geburten eigener Beobachtung. Die diesbezüglichen Diätvorschriften wurden von den Graviden immer gut vertragen, die Entbindungen nahmen einen leichteren Verlauf als die früheren, sämtliche Früchte wurden lebend geboren. Die Berichte über Faltung und Verschieblichkeit der fettarmen, weniger gespannten Kopfhaut, sowie die auffallende Verschiebbarkeit der Kopfknochen, verlauten ganz übereinstimmend. Allerdings soll die Conj. vera nicht unter 8 cm sein. — (Therap. Monatsh., 1901.)

Königstein.

Ueber Amputation der Portio vaginalis, insbesondere die schädlichen Folgen derselben. Von M. Gräfe.

Vf. nimmt Stellung gegen die Vornahme der Portioamputation und plädiert für die größte Einschränkung derselben, weil sie folgende Gefahren in sich birgt. 1. Ektroprium der Zervikalschleimhaut. 2. Stenose des äußeren Muttermundes. 3. Starke Schrumpfung des Portiorestes und dadurch bedingte Disposition zur Retroflexio und Frühgeburt. 4. Para- oder Perimetritis posterior, wenn die Naht durch das Bindegewebe oder gar durch das Peritoneum der Douglas'schen Falten gelegt wird und Stichkanaleiterung eintritt. Vf. zieht aus diesen Gründen für die Portioamputation die engsten Grenzen und ist nur die sogenannte penisartige Hypertrophie der Portio vaginalis eine strikte Indikation für dieselbe. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 21, 1901.)

Königstein.

Hernien während der Schwangerschaft und Schwangerschaft bei Hernien mit Bemerkungen über Nabelbrüche. Von Manley.

Auf Grund eines großen diesbezüglich beobachteten Materials kommt Vf. zu dem Schlusse, daß im allgemeinen weder eine besondere Neigung zur Entstehung von Schenkel- oder Leistenbrüchen während der Gravidität besteht, noch daß bereits vorhandene Brüche durch dieselbe verschlechtert werden. Anders jedoch steht es mit den Nabelbrüchen. Da scheint beides der Fall zu sein. Man hat sehr häufig Gelegenheit, bei Graviden große Nabelbrüche zu sehen. In solche Brüche tritt häufig die Gebärmutter hinein und ist die Schwängerung nicht ausgeschlossen. Die Erfahrung lehrt weiters, im Gegensatz zu theoretischen Voraussetzungen, daß es während des Geburtsverlaufes selten zur Einklemmung eines bestehenden Bruches kommt. Vf. konnte in der diesbezüglichen Literatur nur einen Fall verzeichnet finden. Dagegen finden sich in der neueren Literatur einige Fälle von Einklemmung während der Gravidität erwähnt, alle in früheren Monaten. Zumeist erfolgt Abortus. — (Med. News., 1900.)

Königstein.

Zur operativen Behandlung der Genitalprolapse. Von J. Mandelstamm.

Vf. berichtet über sieben Fälle von hochgradigem Prolaps, die er nach der von Freund angegebenen Methode, d. i. mit plastischer Verwendung der Gebärmutter operiert hat und ist, gestützt auf seine Erfolge, der Ansicht, daß bei Totalprolaps nur durch diese Methode ein Erfolg zu erzielen sein wird. Die Vorteile des Verfahrens liegen in der Straffung der Ligamenta lata durch Drehung um ihre Querachse, Spannung der Vagina und Fixation in der neuen Stellung, Stützung der vorderen Scheidenwand und Blase durch die Gebärmutter. Die ursprünglich von Freund vorgeschlagene Methode ist nur in jenen Fällen anzuwenden, wo die vorgefallenen Teile durch längeres Verweilen außerhalb des Beckens tiefgehende Strukturveränderungen erlitten haben und stark hypertrophiert sind. In den übrigen Fällen ist die von Wertheim angegebene Modifikation die beste. Das Wesentlichste derselben liegt darin, daß der Uterus nach vorne in die Scheide herausgeleitet wird und die hintere Gebärmutterwand mit der vorderen Scheidenwand vernäht wird. Daran kann Plastik des Dammes und der hinteren Scheidenwand angeschlossen werden. Sie hat den Vorzug, daß das Schei-

Digitized by Google

denlumen erhalten bleibt und bei gebotener Sterilisation die Tubenresektion leicht zu machen ist. Vf. ist bei den von ihm operierten Fällen wegen der Kürze der seit der Operation verstrichenen Zeit nicht in der Lage, bezüglich der Dauererfolge ein sicheres Urteil abzugeben. Die primären Erfolge waren in sämtlichen Fällen recht zufriedenstellende. Hervorzuheben ist noch, daß in sämtlichen Fällen sofort spontane Harnentleerung möglich war. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. XIV, H. 3.)

Königstein.

Weitere Mitteilungen über Rückenmarksanästhesie. Von Bier.

Vf. versucht, in vorliegender Arbeit ein Urteil über den Wert seiner Methode abzugeben und stützt sich hiebei auf die Resultate von 1200 bisher unter Rückenmarksanästhesie ausgeführten Operationen. Die hiebei angewandte Technik ist folgende. Der Patient wird mit ziemlich erhöhtem Oberkörper auf die Seite gelagert unter gleichzeiter Weisung, einen Buckel zu machen. Auf der konvexen, dem Tische zugekehrten Seite der Wirbelsäule wird punktiert, wobei die Verbindungslinie der Höhe der beiden Darmbeinkämme, welche ungefähr den Zwischenraum des dritten und vierten Lendenwirbels trifft, die Direktion gibt. In diesem Zwischenraume oder einem höher oder niedriger gelegenen wird punktiert. Vorerst läßt man etwas Zerebrospinalflüssigkeit heraus, wobei man den Patienten zur Erhöhung des Innendruckes husten läßt. Dann folgt die Injektion, worauf die Nadel sofort herausgezogen wird. Bei einer Dosis von 0·005 bis 0·03 g Kokain tritt die Unempfindlichkeit in 1—15 Minuten nach der Injektion auf. Sie beginnt an den Füßen, tritt aber häufig noch vorher in der Gegend des Afters und der Genitalien auf und dauert $^1/_2$—2 Stunden. An den oberen Körperteilen ist sie ganz kurz und unsicher, an den unteren jedoch vollkommen verläßlich und die schwersten Eingriffe gestattend. Jedoch sind damit die größten Gefahren und üblen Zufälle verbunden, ja es kann selbst Exitus letalis eintreten. Vf. spricht daher seiner Methode die allgemeine Verwendbarkeit ab und ist von dem Streben erfüllt, dieselbe zu verbessern. Vorerst suchte er, das Kokain durch ein ungefährlicheres Mittel (Eukain und Peronin) zu ersetzen, fand jedoch, daß mit der Giftigkeit auch die schmerzstillende Wirkung sinkt. Weiters war er darauf bedacht, das Gift möglichst vom Gehirn und Rückenmark abzuhalten. Zu diesem Behufe legt er eine stauende Gummibinde um den Hals, wodurch das gestaute Blut den Liquor cerebrospinalis in das Rückenmark verdrängt. Diese Prozedur wurde über Erwarten gut vertragen und setzt tatsächlich die Giftigkeit des Mittels (Eukain β) herab. Vf. empfiehlt weiters, vor der Operation den Patientin ausgiebig essen und trinken zu lassen und während der Operation an den Patienten Getränke zu verabreichen. Nach der Anästhesie läßt Vf. mehrtägige Bettruhe einhalten. Bei einem etwaigen Mißlingen wird allgemeine Narkose gut vertragen. Vf. hat des weiteren Versuche mit stark verdünnten Lösungen von Kokain, Eukain und Peronin mit Kopfstauung angestellt und gelangte dabei zu folgenden Resultaten. 1. Der reichliche Wasserzusatz breitet die Wirkung nach oben bedeutend mehr aus, als geringer Wasserzusatz. 2. Bei sehr kleinen Dosen tritt Analgesie ein, aber die Tast- und Temperaturempfindlichkeit ist erhalten, so daß die Patienten alles fühlen, aber keinen Schmerz empfinden. 3. Folgeerscheinungen und Zufälle fehlen oft gänzlich, wenn sie aber eintreten, sind sie viel ungefährlicher. Die Ansicht des Vf. geht schließlich dahin, vor der allgemeinen Anwendung des Verfahrens zu warnen und strengste Indikation zu stellen. Im übrigen hofft er, seine Methode weiter vervollkommnen zu können. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. LXIV, H. 1.)

Königstein.

Ein Fall von chronischer Inversion des Uterus. Von Nijhof.

Vf. berichtet über eine 64jährige Patientin, bei welcher vor 34 Jahren bei der ersten Geburt bei der Ausstoßung des Mutterkuchens die Gebärmutter „ganz nach außen" gekommen war. Letztere wurde sofort von einem Arzte reponiert.

Digitized by Google

Eine zweite Gravidität endigte mit Fehlgeburt und blutete Patientin von diesem Zeitpunkt ab fast immer bis zu ihrem 50. Lebensjahre. Seit einiger Zeit bemerkt Patientin, daß der Uterus wieder vorfällt und sie bei der Arbeit belästigt. Vf. macht die typische vaginale Exstirpation der Gebärmutter mit Zurücklassen beider Ovarien und Einnähen der Ligamentstümpfe in die Scheide. Die Heilung verlief glatt. Ob in allen Fällen von chronischer Inversion der Uterus zu exstirpieren ist, läßt Vf. dahingestellt sein. — Nederl. Tijdschrift van Geneskunde Nr. 21, 1901.)

Königstein.

Kritische Bemerkungen über Geburtsstörungen nach Vaginaefixatio uteri. Von W. Rühl.

Vf. hatte Gelegenheit, 71 Geburten bei Frauen, die vaginaefixiert waren, zu beobachten. Bei 49 von diesen Fällen war Fundusfixation gemacht worden. Trotzdem verliefen alle Geburten, bis auf drei, welche durch vorderen Uterusscheidenschnitt beendet werden mußten, ohne wesentliche Störung. Nichtsdestoweniger hält Vf. die Fundusfixation für unphysiologisch und falsch. Daß infolge derselben nicht mehr Geburtsstörungen zur Beobachtung kommen, kann nur durch eine spätere Dehnung der Fixation erklärt werden. Daß es bei sehr festen Verwachsungen zur Unmöglichkeit der Geburt kommen kann, lehrt die Erfahrung und ist das Symptomenbild dabei ganz typisch. Dasselbe besteht aus extremem Tiefstand des Fundus, Hochstand und Retroposition der Zervix, Ueberdehnung der hinteren Uteruswand, mangelhafte Entfaltung der vorderen Muttermundslippe. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. XIV, H. 4.)

Königstein.

Zur Prophylaxe der Mastitis. Von A. Mury.

Vf. berichtet über fünf Mastitisfälle, die nachgewiesenermaßen durch Unreinlichkeit von Seite einer Wärterin verursacht wurden. Eine Reinigung der Brustwarzen unmittelbar nach der Geburt mit gesättigter Borlösung hat sich in prophylaktischer Hinsicht gut bewährt. Weiters sind während des ganzen Wochenbettes die Warzen mit Gazeläppchen, die mit 4%iger Borlösung durchtränkt sind, bedeckt zu halten und soll vor und nach dem Anlegen der Mund des Kindes, sowie die Brustwarze der Mutter mit Borlösung gewaschen werden. Seit Einführung dieser Behandlung ist die Zahl der eitrigen Mastitiden an der Baseler Frauenklinik von 1·45% unter 6842 Geburten auf 0·22% unter 7001 Geburten zurückgegangen. Es wurden vom Vf. bakteriologische Kontrollversuche angestellt, und zwar in der Art, daß die eine Brust mit Borläppchen, die andere mit einem bloßen Tuche bedeckt wurde und dann von beiden Brüsten abgeimpft wurde. Es fand sich bei 20 derartigen Versuchen, daß unter dem Borläppchen die gleichen Bakterien wie sonst, besonders aber die drei Staphylokokkenarten, aber in verminderter Anzahl und mit abgeschwächter Virulenz nachgewiesen werden konnten. Stäbchen wurden nicht gefunden. Vf. legt den Hauptwert auf die konstante, Tag und Nacht anhaltende Befeuchtung der Warzen und Warzenhofes mit der antiseptischen Borlösung. — (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. V, H. 1.)

Königstein.

Herz und Schwangerschaft. Von O. Fellner.

Das reiche Material der Klinik Schauta stand dem Vf. zur Verfügung und so war er in der Lage, in eingehendster Weise an 900 Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen systematische Untersuchungen anzustellen. Vf. konnte hiebei folgende Beobachtungen machen: Die in der Gravidität auftretende Vergrößerung des Herzens beruht mehr auf Dilatation, weniger auf Hypertrophie. Mittels des Gärtner'schen Tonometers wurden die Veränderungen des Blutdruckes der Wehen und Wehenpausen beim Durchtritt des Kopfes nach der Geburt des Kindes, beim Abgang der Plazenta, bei operativen Entbindungen, im Puerperium, beim Stillen genau festgestellt. Der Blutdruck Gravider ist etwas erhöht. Puerperale Pulsverlangsamung kommt seltener vor, als gewöhnlich gemeint wird. Nur ein Siebentel der Herzfehler wird sub partu und in

Digitized by Google

puerperio überhaupt diagnostiziert. Bei allen inkompensierten Herzfehlern soll die Plazenta einen mehr oder minder ausgebreiteten nekrotischen Randstreifen zeigen. Der Geburtsverlauf ist bei Herzkranken zumeist etwas protrahiert, wird jedoch von der Mehrzahl der Frauen ohne jede Störung, sogar ohne Ahnung, daß ein Herzfehler besteht, vertragen. Nur ein ganz geringer Teil geht zugrunde (0·9% bei systematischer Untersuchung). Gleichzeitig bestehende Tuberkulose und chronische Nephritis verschlechtern die Prognose sehr bedeutend. Von allen Herzfehlern ist die Mitralstenose die gefahrdrohendste. Bei den anderen Vitien kommt es nicht so sehr auf die Art der Erkrankung, als vielmehr auf die Schwere derselben an, wobei die Beschaffenheit des Herzmuskels von besonderer Wichtigkeit ist. Bezüglich der Therapie handelt es sich darum, ob der Herzfehler kompensiert oder nicht kompensiert ist. Bei kompensierten Vitien ist die Gravidität nur dann zu unterbrechen, wenn erfahrungsgemäß bereits in einer vorausgegangenen Schwangerschaft große Gefahr für das Leben bestanden hat. Bei inkompensierten Vitien ist vorerst das Allgemeinbefinden zu heben und erst nach eingetretener Besserung Frühgeburt, resp. Abort einzuleiten. Bei Lungenödem oder unmittelbar drohendem Tode kann Blasensprung angezeigt sein. Jedoch nicht bei drohendem Kollaps. Mitralstenosen müssen mehr aktiv behandelt werden. Sonst soll während der Geburt bei kompensierten Fällen nicht aktiv vorgegangen werden. Bei nicht kompensierten Vitien warte man nicht allzulange mit dem Forzeps. Nur bei striktester Indikation ist Wendung gestattet, ohne anschließende Extraktion. Die Sektio caesarea ist sehr gefährlich. Während der Nachgeburtsperiode ist der Leib mit einer mehrköpfigen Laparatomiebinde zu bandagieren (Schauta) und Ergotin mit Stimulantien zu verabreichen (Gusserow). Gegen das Heiraten ist nur bei ausgesprochenen Kompensationsstörungen ein Veto einzulegen, weiters bei Mitralstenose und Komplikation mit Tuberkulose und chronischer Nephritis. Der Koitus ist zu verbieten, wenn während der Gravidität schwere Störungen auftreten. Die Patientin ist steril zu machen, wenn sie während einer vorausgegangenen Gravidität dem Tode nahe war. — (Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. XIV, H. 4.) Königstein.

Beiträge zum Mechanismus der Placentalösung. Von Ernst Levy.

Vf. verwertete für seine Arbeit 624 Geburten, bei denen die Nachgeburtsperiode gewöhnlich in der Weise geleitet wurde, daß der Uterus unmittelbar nach der Geburt des Kindes massiert und die Plazenta 30 Minuten p. p. nach Credé exprimiert wurde. Vf. kam bei seinen Beobachtungen zu folgendem Resultat: Der Schultze'sche Mechanismus überwiege in der Mehrzahl der Fälle, bei sonst normaler Geburt. Bei engem Becken, pathologischer Lage der Frucht, operativer Beendigung der Geburt, ist der Mechanismus nach Duncan der überwiegende. Ebenso bei tiefem Sitze der Plazenta und bei Frühgeburten. Für die Praxis ist es von Wichtigkeit, daß beim Mechanismus nach Duncan häufiger Blutungen in der Nachgeburtsperiode, sowie Retention von Eihautteilen beobachtet werden. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. XLVI, H. 1.) Königstein.

Urologie.

Eine bisher nicht gewürdigte Gefahr der Bottini'schen Operation, nämlich die Ursache einer intra operationem erfolgten Blasenruptur (Operateur Dr. Freudenberg-Berlin) besprach Paul Rosenstein in der Sitzung der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins vom 11. Jänner 1904 und fand in einer Reihe von Experimenten, welche er auf Grund dieses, am letzten Chirurgenkongresse von Freudenberg erwähnten Falles anstellte, daß jedes Mal bei der Bottini'schen Operation eine nicht unwesentliche Steigerung des Innendruckes in der Harnblase entsteht. Dieselbe wird dadurch herbeigeführt, daß auf der in Weißglut befindlichen Schneide des Inzisors, wenn derselbe durch feuchtes organisches Gewebe (Prostata) geführt

Digitized by Google

wird, dauernd das bekannte Leidenfrost'sche Phänomen entsteht, d. h. es tanzen kleine Wassertröpfchen, von einer isolierenden Dampfschichte umgeben, auf der Schneide des Inzisors. Wird nun der Inzisor durch das viel kältere Gewebe der Prostata genügend abgekühlt, dann hört das Leidenfrost'sche Phänomen auf und es entsteht eine plötzliche Verdampfung der Wassertröpfchen. Da nun jeder Kubikzentimeter Wasser bei seiner Verdampfung sich in 1720 cm^3 Dampf verwandelt, so muß sich auch jedes Wassertröpfchen bei seiner Umsetzung in Dampf nur ebensoviel ausdehnen, als dem 1720-fachen seines bisherigen Volums entspricht. Sind gegebenenfalls die Wassertröpfchen genügend groß, so kann eine Ueberdehnung und Ruptur der Blasenwand im Moment der Verdampfung eintreten. Diese praktisch wichtige Gefahr demonstrierte Vf. nun im Experiment derart, daß er die natürlichen Verhältnisse imitierte und an einem mit dem System verbundenen Manometer die Druckerhöhungen sinnfällig machte. Eine Ueberdehnung mit Ruptur gelang Vf. in drei Fällen, wobei das eine Mal sogar ein Ueberdruck von zwei Atmosphären entstanden war.

Vf. schließt zwar für die Praxis weder aus der Epikrise des zitierten Falles, noch aus seinen Experimenten, daß diese Gefahr allein die immerhin bewährte Botti'sche Operation kontraindiziere, daß sie jedoch im Verein mit den anderen üblen Zufällen (Blutung, Sepsis etc.) genügend Grund zum Aufgeben derselben abgebe, zumal die Resultate der Konkurrenzoperationen beachtenswerte Erfolge darstellen. Im Anschluß stellte Rosenstein einen 79jährigen Prostatiker vor, der durch suprapubische Prostatektomie nach Fuller wieder normale Entleerungsfähigkeit der Blase erlangt hat.

Rich. Grünfeld.

Die Behandlung der Blasenpapillome mit Injektionen. Von Herring.

Im Anschluß an eine im Jahre 1899 publizierte Methode der Behandlung blutender Blasenpapillome durch tägliche Injektionen von Silbernitrat, wie sie von Thompson empfohlen wurden, bringt Vf. eine neue Serie von entsprechenden Fällen. Die Methode besteht in der täglichen Applikation von Arg. nitr. in die Blase mittels eines Katheters. H. bereitet sich eine zirka $1^1/_2$%ige Stammlösung von Arg. nitr., der er einige Tropfen Acid. nitric. zusetzt. Begonnen wird mit $^1/_2$ Gran = zirka 0·03 g Silber auf 4 Unzen = zirka 120 g destill. Wassers, d. i. 2 g der Stammlösung, von welcher er täglich um fünf Tropfen mehr zusetzt! Die Applikation ist außer einem höchstens eine halbe Stunde währenden Wärmegefühl in der Blasengegend schmerzlos und kann durch sechs Monate täglich geübt werden, am besten abends vor dem Schlafengehen. H. empfiehlt die Methode in Fällen von Rezidiven nach Exstirpation des Tumors durch suprapubische Zystotomie, ferner in inoperablen Fällen, endlich bei rechtzeitig gestellter Diagnose zur Entfernung des Tumors per vias naturales (durch die Urethra) oder gar zur gänzlichen Destruktion des Neugebildes im Anfangsstadium durch lange fortgesetzte Instillationen. Außerdem sollen die Injektionen nach Entfernung des Tumors auf operativem Wege gemacht werden zur Sicherung des operativen Resultats. — (British Medical Journ. Nr. 2239, 1903.)

Rich. Grünfeld.

Die Behandlung der ammoniakalischen Zystitis mit intravesikalen Jodoforminjektionen. Von Freudenberg.

Die neuesten zur Blaseninjektion verwendeten Mittel, hauptsächlich das Argent. nitr., wirken auf die Blasenwand, während das Jodoform in erster Reihe auf den Blaseninhalt wirkt; der Höllenstein modifiziert die Blasenschleimhaut, das Jodoform den Urin. Jodoform ist daher zwecklos bei saurem unzersetzten Urin, nach F.s Erfahrungen auch bei Blasentuberkulose, es wirkt aber ausgezeichnet bei Zystitis, welche mit Zersetzung des Urins einhergeht, also bei der ammoniakalischen. Hier sollen schon nach wenigen Injektionen die ammoniakalische Reaktion, die Schmerzen und der Harndrang schwinden, und zwar mit solcher Sicherheit, daß der Autor aus einem Mis-

Digitized by Google

erfolg der Behandlung fast mit Sicherheit eine Komplikation der Zystitis diagnostiziert: Fremdkörper, in erster Linie Steine, einen Hohlraum, der mit der Blase kommuniziert, Pyonephrose, Divertikel etc. Auch bei kompletter Urinretention der Prostatiker hat F. schöne Erfolge. Da das Jodoform immerhin ein starkes Gift ist (in der Literatur figurieren mehrere Fälle von Psychosen nach vesikalen Jodoformintoxikationen), ist Vf. in der Dosierung vorsichtig. Er verwendet 3 cm³ einer 10%-igen Jodoformglyzerinemulsion, welche er nie pur, sondern stets mit 30—40 cm³ einer Bor-, Lapis- oder Asterollösung mischt und mittels Katheter in die vorher reingespülte Blase appliziert. Das eingeführte Jodoform kann man oft noch nach 48 Stunden am Blasenboden zystoskopisch nachweisen, daher werden die Injektionen höchstens jeden zweiten Tag ausgeführt. Bei den leisesten Intoxikationssymptomen ist die Jodoformbehandlung sofort zu sistieren. — (Deutsche med. Presse Nr. 21, 1903.) Rich. Grünfeld.

Ueber die Behandlung der akuten Nierenentzündung mit Eis. Von Stembo.

Angeregt und ermutigt durch die günstigen Erfolge, welche Vf. gelegentlich einer Scharlachepidemie in 20 Fällen von postskarlatinösen Nephritiden durch Eisapplikation auf die Nierengegend gemacht, gibt er in kurzen Worten seine Methode: Eine längliche biskuitförmige Blase, mit kleinen Eisstücken gefüllt, wird auf die Gegend beider Nieren, mit einer Binde befestigt, aufgelegt. Seitenlagerung, bei Rückenlagerung Stütze durch Kissen. Nach zwei- bis dreistündigem Liegenlassen wird die Eisblase auf eine Stunde entfernt. Die bisher allerorten angewendete Behandlung der Nephritiden durch protrahierte warme Bäder will St. gänzlich durch den Eisbeutel ersetzt wissen, der dasselbe Ziel einfach in kürzerer Zeit erreichen soll, nämlich durch Hyperämisierung der Haut, Anämisierung der inneren Organe, also auch der Nieren. Die Entspannung im Innern der Nieren, welche in jüngster Zeit Harrison, James Israel und Edebohls auf operativem Wege durch die Dekapsulation anstreben, soll auch durch die intensive Kältewirkung erzielt werden. Die Methode erscheint für die akuten Formen einleuchtend, für die chronischen, für deren Kältebehandlung Autor auf Grund günstiger Erfahrungen ebenfalls eintritt, müssen die Erfahrungen der Zukunft abgewartet werden. — (Die Therapie der Gegenw. Nr. 11, 1903.) Rich. Grünfeld.

Ein neues Gleitmittel für Katheter, Bougies etc. empfiehlt Strauß, Barmen.

Da die wasserlöslichen Gleitmittel den wasserunlöslichen (Oelen und Fetten) entschieden vorzuziehen sind, erstlich, weil sie leichter sterilisierbar sind, weiters, weil sie keinen Ueberzug auf den Instrumenten bilden, der eventuell infizierende Keime festhält, das Glyzerin pur hingegen wegen seiner Hygroskopität die Schleimhäute reizt, lag der Gedanke nahe, Tragakanth als Grundlage für ein wasserlösliches Gleitmittel zu verwenden. Nach Strauß war es Casper, der das Katheterpurin in Zinntuben empfahl. Dasselbe ist im wesentlichen eine Tragakanthglyzerinmischung mit einem Zusatze von Hydrarg. oxycyanat. 1 : 500 und erfüllt die bakteriziden Anforderungen tatsächlich auch vollkommen. Anderseits jedoch haftet es schlecht an den Instrumenten, wenn man es nicht mit den Fingern verreibt, und sinkt in Klumpen zu Boden, ohne zu gleiten. Strauß kam nun auf den Gedanken, aus denselben Stoffen ein schlüpfriges Gleitmittel zu komponieren, indem er folgende Formel angab:

Tragacanth. 1·5, tere cum aqu. frigida 50·0, adde Glycerin. ad 100·0, coque ad sterilisationem; adde Hydrarg. oxycyanat. 0·2 (Formalin 0.1). Dadurch erhält man ein Gleitmittel von dickköliger Konsistenz, reizlos, schlüpfrig und sicher antiseptisch. Das statt des Oxyzyanats anwendbare Formalin in der Konzentration von 0·1% leistet denselben Dienst. — (Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene, H. 1, 1904.) Rich. Grünfeld.

Digitized by Google

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Die Abortivbehandlung der Gonorrhöe. Eine neue Methode. Von C. Engelbreth.

Der abortiven Injektion mit Argentum nitricum haftet der Fehler an, daß sie, mit der gewöhnlichen Trippersprize ausgeführt, nur ausnahmsweise das nötige Maß, das der überaus schwankenden Kapazität der Urethra anterior entspricht (4—20 cm³), wirklich trifft und damit tatsächlich alle Buchten und Falten der Urethralschleimhaut benetzt. Dagegen wäre gerade wieder die Janet'sche Methode in dieser letzteren Beziehung hervorragend geeignet, versage aber in der Regel infolge der Unzulänglichkeit des angewendeten Medikaments, nämlich der Permanganatlösung. Ueberdies dürfe auf Grund der Pathologie der Gonorrhöe eine Abortivbehandlung nur einen kurzen Zeitraum beanspruchen, und weil man von keinem der empfohlenen antigonorrhoischen Mittel mit Recht aussagen kann, daß es wirklich durch das lebende Gewebe diffundiert, d. h. durch die Epithelien in die Tiefe dringt, bleibe kein anderer Ausweg, als das Epithel zu destruieren, und das geschieht durch das Argentum nitricum in ausgezeichneter Weise. Die neue Methode besteht daher in Spülungen nach Janet, Spülflüssigkeit ist aber $^1/_5$—$^1/_4$%iges Argentum nitricum. Die Anzahl der Ausspülungen beträgt wenigstens vier, die zweite Spülung folgt der ersten nach sechs bis zwölf Stunden, die weiteren zwei nach je zehn bis zwölf Stunden, so daß die Behandlung innerhalb 48 Stunden abgeschlossen ist, die Nachkur besteht in Verabreichung großer Mengen von Balsamicis, „teils um die Strangurie zu mildern, teils um sekundäre Infektion zu bekämpfen und endlich um ein zu starkes Auflodern der Gonorrhöe zu hindern, im Falle die Abortivkur nicht gelingen sollte." Bei der zweiten und den folgenden Injektionen ist Kokainisierung der Harnröhre (mit 2—3·0 einer 3%igen Lösung) notwendig, dann wird auch während der Behandlung das Urinieren so schmerzhaft, daß der Schmerz mittels Kokaininjektion ($^1/_2$%) bekämpft werden muß. Die Heilung zeigt sich dadurch, daß der Urin ein paar Tage nach der Behandlung klar wird und auch so bleibt; ist die Koupierung mißlungen, so bleibt die Trübung bestehen, und es stellt sich auch bald wieder eitriger Ausfluß ein. Von den dreißig dieser Behandlung unterzogenen Fällen von Urethritis anterior waren 17 in zwei Tagen geheilt, die restlichen 13 Fälle verliefen leicht und wurden in 4—6—8 Wochen zu Ende geführt; natürlich ist diese Heilung in zwei Tagen cum grano salis zu verstehen, der Autor zieht eben die Nachkur da nicht mehr in Betracht. Dagegen zeigte es sich, daß jene Fälle, welche die größere Inkubation aufwiesen, bedeutend bessere Resultate ergaben, als die mit kurzer Inkubation. Da nun die lange Inkubation durch geringere Virulenz oder größeren Widerstand des Epithels gedeutet werden müsse und diese beiden Umstände auch auf eine oberflächlichere Lokalisation der Gonokokken hinweisen, so scheidet der Autor zwischen einer epithelialen Gonorrhöe und einer tieferen subepithelialen, nur die erstere ist geeignetes Objekt für die Abortivbehandlung und verspricht hiebei glänzende Resultate. Als Unterscheidungszeichen zwischen beiden Formen kommt nach dem Autor dem tiefer gehenden Prozeß eine mehr oder minder beträchtliche Inflammation des Orifiziums zu. (Monatsh. f. prakt. Dermat. XXXVI. 10.) D.

Technik der Urethralinjektionen. Kapazität der Urethra anterior und Spannungsdruck des Sphinkter, berücksichtigt in der Konstruktion einer neuen Gonorrhöespritze. Von C. Engelbreth.

„Bei der Behandlung von Gonorrhoea anterior soll die Menge der Injektionsflüssigkeit stets übereinstimmen mit der augenblicklichen Kapazität der Urethra anterior, ohne daß der Sphinkter forciert wird". Dieser Forderung wird bei Verwendung der üblichen Trippersprize keine Rechnung getragen, da die üblichen Spritzen 8—10—15 cm³ betragen, während die Kapazität des vorderen Urethralrohres Schwankungen von 4—22 cm³ aufweist. Für die Behandlung der Urethritis

Digitized by Google

posterior besitzen wir wohl in den Guyon'schen Instillationen oder den Janet'schen Irrigationen (und schließlich auch in den prolongierten Injektionen nach Neisser) ausgezeichnete Verfahren, aber einmal soll die ganze Urethra eine gleichzeitige und gleichartige Behandlung erfahren, dann soll aber auch der Patient selbst seine Urethritis posterior behandeln können. Endlich soll die Spritze sterilisiert werden können, weil die bisnun verwendeten Spritzen eine wesentliche Ursache der sekundären Infektion und des sogenannten postgonorrhoischen Katarrhs sei.

Zur Untersuchung der Kapazität der Harnröhre hat sich der Autor eines Apparats bedient, der aus Druckpumpe, Manometer und Pipette besteht, die mittels Gummischlauches verbunden sind. Durch Drehung am Handgriffe der Druckpumpe strömt die Flüssigkeit aus der gefüllten Pipette in die Urethra, während man gleichzeitig an der Pipette die Menge des abfließenden Quantums und am Manometer den Druck ablesen kann. Als Resultat dieser Untersuchungen ergab sich eine Kapazität von 4—10 cm³ in 30%, 11—15 cm³ in 37% und 16—21·5 cm³ in 33%. Die Prüfung der Druckverhältnisse des Sphinkters ergab einen tonischen Druck (im Gegensatz zum volontären, wenn der Patient den Sphinkter kontrahiert) von $^{11}/_{100}$—$^{15}/_{100}$ Atmosphären; dabei zeigten vier Fälle von Urethritis posterior und Prostatitis viel niedrigeren Druck ($^{7}/_{100}$—$^{9}/_{100}$), sowie eine träge Funktion des Sphinkters, was der Autor als Sphinkteritis gonorrhoica bezeichnet. Bei permanentem Druck erschlafft der Sphinkter reflektorisch, so daß geringe Flüssigkeitsmengen in die Pars posterior einströmen (prolongierte Injektionen), diese Mengen sind umso geringer, je größer die Differenz zwischen Flüssigkeitsdruck und Sphinktertonus zu Gunsten des letzteren ist. Die Erfahrungen, die aus all diesen Untersuchungen hervorgehen, repräsentiert die neue Ventilspritze des Autors. Sie ist eine Ballonspritze, deren Inhalt 25 cm³ beträgt und deren Stempeldruck $^{1}/_{10}$ Atmosphären nicht überschreitet (wohl aber eine solche Ueberschreitung gestattet, wenn sie nötig ist): Zwischen dem Ballon und dem 25 cm³ fassenden Glasbehälter von der Form der gewöhnlichen Spritze ist das Ventil eingeschaltet, welches den Druck so reguliert, daß er $^{1}/_{10}$ Atmosphären nicht übersteigt; will man aber in die Pars posterior gelangen, so genügt der Verschluß des Ventils mit dem Finger, um einen höheren Druck zu erzeugen. Die Desinfektion des abnehmbaren Glasbehälters ist leicht durchzuführen; ob tatsächlich die vom Autor verwendete 2%ige Lapislösung hiezu das ideale Mittel abgibt, sei dahingestellt. Dem Vorausgehenden entsprechend heben wir nochmals besonders hervor, daß die Ventilspritze stets bloß ein Flüssigkeitsquantum (bei Behandlung der Urethritis anterior) injiziert, wie es der wechselnden Kapazität entspricht. Der Autor selbst erblickt in seiner Ventilspritze „ein wichtiges Glied im Kampfe der modernen Therapie gegen Gonorrhöe". Ob sie auch praktisch schon erprobt ist, darüber berichtet er nichts. (Monatsh. f. prakt. Dermat. XXXVII., 1). D.

Beobachtungen über tertiäre Lues in Prof. Dr. Ehrmanns Ambulatorium in Wien. Von Joh. Fick.

Das Material eines Jahrzehntes aus dem Ambulatorium Ehrmanns findet hier Verwertung, die Statistik im Sinne der chronisch-intermittierenden Behandlung nach den Vorschriften Neissers zu bereichern. Von den vom Jahre 1892—1902 beobachteten 1484 Luesfällen zeigten 96 tertiäre, alle übrigen entweder primäre oder sekundäre Syphiliserscheinungen; das entspricht einem Prozentsatze von 6·46, einer Zahl, die auch mit der Neumannschen Berechnung übereinstimmt, während andere Autoren viel höhere Zahlen bringen. Von diesen 96 Fällen waren bloß fünf von allem Anfang an, d. h. mit den primären oder sekundären Erscheinungen in Behandlung gestanden, aber an den Krankengeschichten gerade dieser fünf Fälle wird demonstiert, daß sie nicht chronisch-intermittierend behandelt worden waren. Von den übrigen 91 Fällen, die sämtlich erst mit den Tertiärerscheinun-

Digitized by Google

gen zur Beobachtung kamen, waren 46 gar nicht behandelt worden, 7 ungenügend, 6 nur intern, 15 vielleicht vom Standpunkt der Symptomatiker genügend und 22 jedenfalls von diesem Standpunkte aus genügend. Was folgt für den Autor aus dieser Zusammenstellung? Zunächst einmal zieht der Autor in scheinbar sehr objektiver Weise nicht die Folgerung, daß die intermittierende Behandlung mit absoluter Sicherheit vor tertiären Erscheinungen schütze, obwohl von 96 tertiär Luetischen eigentlich kein einziger chronisch intermittierend behandelt worden war; wenn wir sagen „scheinbar objektiv", so geschieht dies darum, weil der Autor aus demselben Material eine Rechnung aufstellt, die schließlich auf das Gleiche hinausläuft. Die Beobachtungsgruppe der ersten 5 Jahre beträgt 516 Kranke, von welchen sicherlich die ältesten bereits 10 Jahre, die jüngsten doch 5 Jahre vorher Syphilis akquiriert hatten und chronisch intermittierend behandelt worden waren. Von all diesen Kranken (abgesehen von der zweiten Gruppe von 877 Kranken, die wegen der Kürze der Beobachtungsdauer nicht herangezogen werden) ist keiner an tertiärer Lues erkrankt, d. h. alle wirklich intermittierend Behandelten sind bisher, soweit aus den Protokollen ersichtlich, gesund geblieben. Der Autor mutet dem Leser hier viel zu; ist es nicht merkwürdig, daß gerade diese 516 Kranken sich so regelmäßig zur chronisch intermittierenden Behandlung einstellten und gerade die fünf tertiär Luetischen, welche ja auch schon in die Periode dieser Behandlungsart fielen, nicht? Wenn seine Zahlen, meint Vf., zu Gunsten der chronisch-intermittierenden Behandlung nicht strikte beweisend wären, so wäre dies bloß in Rücksicht auf die Kleinheit derselben, als auch wegen der kurzen Beobachtungsdauer, aber da seine Statistik mit den Ergebnissen anderer Statistiken übereinstimmt, so ist sie ihm doch eine Stütze des zu erbringenden Beweises, eine Schlußfolgerung, die auch einer wohlmeinenden Kritik nicht standhält. Denn hätte vielleicht der Autor, wenn seine Statistik gegenteilig ausgefallen wäre, aus der Nichtübereinstimmung mit anderen Statistiken auf die Unrichtigkeit der eigenen geschlossen? — (Arch. f. Derm. u. Syph., LXIV.) D.

Merkuriolöl. Ein neues Quecksilberinjektionsmittel. Von M. Möller.

Der Autor hat es immer als ein Hauptgravamen der schwer löslichen Präparate empfunden, daß infolge der durch sie hervorgerufenen Gewebsirritation und der dadurch bedingten Schmerzen der Kranke in seiner Aktionsfreiheit erhebliche Einschränkung erleide, und beschäftigte sich darum mit der Frage, ob sich diese Folgen nicht abhalten ließen. Da er die inflammatorische Störung im Gewebe hauptsächlich auf die der Resorption des Quecksilbersalzes vorausgehende Zerlegung desselben, speziell der sich hiebei bildenden Säure, zuschreibt, so schien ihm als erste Bedingung notwendig, das Hg nicht an eine Säure zu binden. Nun hatte das allerdings schon vor ihm Lang mit seinem Oleum cinereum getan; in der Tat wurde auch dieses Präparat, sozusagen, das Paradigma für das neue Injektionsmittel. Nur wählte er statt des metallischen Quecksilbers das von Blomquist dargestellte Merkuriol (Magnesium - Aluminium - Quecksilberamalgam), welches mit wasserfreiem Lanolin und Mandelöl verrieben, als Ol. mercurioli, ein Präparat von hohem Quecksilbergehalt (90%), darstellt. Nur mußte dieses halbstarre Präparat vor der Injektion erwärmt werden — der einzige Vorwurf, welchen der Autor gegen das Lang'sche Ol. cinereum erhebt —, dies veranlaßte ihn, das Stammpräparat mit der gleichen Menge Mandel- oder Olivenöl zu mischen. Mit dem neuen 45%igen Merkuriolöl hat M. ungefähr 1000 Injektionen (zumeist intramuskulär) gemacht und empfiehlt es nun als kräftig wirkendes Injektionsmittel, welches nur geringe lokale Irritationssymptome zur Folge habe. Das Präparat ist haltbar, von homogener Beschaffenheit, die Einzeldosis beträgt $1^1/_2$ Teilstriche der von Lang empfohlenen Spritze, also die dreifache Menge der Einzeldose des grauen Oels. Infiltrate treten bloß bei Anwendung größerer Dosen (2 Teilstriche) auf. Die Resorp-

Digitized by Google

tion des Quecksilbers ist, wie sich aus dem Schwinden der Krankheitserscheinungen, sowie aus einer großen Anzahl von Harnanalysen ergibt, eine kräftige, die Remanenz eine zufriedenstellende.

In dem vom Apotheker Blomquist abgehandelten chemischen Teile der Arbeit findet sich eine Eigentümlichkeit des Präparats erwähnt, die der Autor wohl hervorhebt, aber doch zu wenig kräftig betont. Das Amalgam zersetzt sich nämlich bei Gegenwart geringer Feuchtigkeitsmengen. Das geschieht naturgemäß auch in der Injektionsspritze, es dürfen daher weder Spritzen noch Kanülen mit wässerigen Desinfektionsflüssigkeiten gereinigt werden, sondern müssen vollständig trocken sein, weil sonst eine Zersetzung des Präparats schon in der Spritze erfolge. Ueber diesen letzteren Punkt scheint der Autor viel zu leicht hinweggegangen zu sein. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. LXVI, H. 1 u. 2). D.

Zur Histologie der blenorrhöischen Deferentitis und Epididymitis. Von G. Nobl.

Der infolge Inkarzeration einer Hernie erfolgende Tod eines Kranken, bei welchem wenige Wochen vorher eine gonorrhoische Infektion und anschließend Epididymitis eingetreten war, ließ den Autor des anatomischen Substrats habhaft werden und zu dieser in der vorgeführten Vollständigkeit bisher fehlenden Untersuchung gelangen. Prostata, Samenstränge und Nebenhoden wurden in Serienschnitte zerlegt. Im Ductus deferens stellt die Intima den Hauptsitz der entzündlichen Alteration dar, die im allgemeinen in starker Wucherung des Epithels und stellenweiser Desquamation desselben ihren Ausdruck findet; überdies zeigen sich zwischen den Zellverbänden auch spaltförmige Hohlräume, die teils von einer Gerinnungsmasse, teils von ein- und mehrkernigen Leukozyten durchsetzt sind. Auch die Tunica propria nimmt an der Entzündung Anteil, was sich sowohl durch Rundzelleneinlagerung, als auch durch Quellung und Vermehrung der Bindegewebsfibrillen und Kerne ergibt; in den dem Nebenhoden nähergelegenen Abschnitten sind die angeführten Entzündungserscheinungen beträchtlicher, doch ist die Wegsamkeit des Kanals in allen Teilen vollständig erhalten. Der eigentliche Nebenhoden zeigt die Hauptveränderung in der Kauda, während der Kopf sich am Krankheitsvorgang nicht beteiligt. Auch im Nebenhodenkanal zeigt die Mukosa die Hauptveränderung. Abgesehen davon, daß die Deckzellen fast insgesamt des Flimmersaumes verlustig sind, ist das Epithel vielfach in Wucherung und Desquamation begriffen und von Rundzellen durchsetzt; Membrana propria und auch die Muscularis sind lebhaft beteiligt. Insbesondere in der letzteren, sowie in dem die Ausführungsgänge umgebenden Bindegewebe finden sich reichlich entzündliche Infiltrationsherde, und diese sind es hauptsächlich, welche die knotige Auftreibung des Nebenhodenschweifes bedingen.

Die Art der beschriebenen Veränderungen läßt nur den Schluß zu, daß die Pathogenese der Deferentitis allein aus der Invasion des Epithels mit Gonokokken abgeleitet werden kann und hiebei nicht etwa den das Vas deferens begleitenden Lymphgefäßen eine ursächliche Bedeutung zukommt. Gonokokken konnten allerdings nicht nachgewiesen werden. Der Autor glaubt aber, daß bei dieser Form der serösen Epididymitis auch in vivo gewiß nur ganz ausnahmsweise dieser Nachweis wird erbracht werden können und daß alle bisherigen positiven Befunde, mit Ausnahme des von Collans aus suppurierenden Formen erhoben wurden (die aus der Breslauer Klinik hervorgegangene Publikation Baermanns, Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40, 1903, dürfte der Zeit nach mit der Arbeit des Vf. zusammenfallen). Des Prostatabefundes geschieht keinerlei weitere Erwähnung. — (Arch. f. Derm. u. Syph., LXVII.) D.

Zur Behandlung der fötalen Syphilis nach Riehl. Von H. Vörner.

Auf dem Kongreß der deutschen dermatologischen Gesellschaft zu Breslau machte Riehl die Mitteilung, daß es ihm gelungen sei, durch lokale Behandlung syphilitischer schwangerer Frauen, außerordentlich günstige Resultate zu erzielen. Die lokale Behandlung besteht einfach

Digitized by Google

darin, daß von dem Moment der konstatierten Schwangerschaft bis zum Ende derselben die syphilitische Frau täglich einen grauen Globus (1 g unguent. ciner. und 2·0 Butyr-Kakao) eingeführt erhält, der bis an die Portio vorgeschoben, durch einen nachgeschobenen Glyzerintampon festgehalten wird. Diese lokale Behandlung geht von der Vorstellung aus, durch Applikation von Merkurpräparaten auf den Scheidenteil der Gebärmutter, diese selbst, sowie ihren Inhalt vor den Veränderungen, welche die Syphilis hervorruft, zu schützen. Da die Patientinnen meist mit rezenten Syphiliserscheinungen im Krankenhaus Aufnahme fanden, so ging naturgemäß auch eine Allgemeinbehandlung in der üblichen Dauer voraus.

Einer solchen Behandlung wurden alle Frauen unterzogen, gleichgiltig, ob die Infektion bereits vor der Konzeption, gleichzeitig mit derselben oder nachträglich eingetreten war. Die Resultate dieser Behandlungsart sind wahrhaft überraschende, wenn man sich die Zahlen anderer Autoren hiezu vor Augen hält. Unter 33 Geburten waren bloß 4 vorzeitig (1 Abort, 3 Frühgeburten), von den Frühgeburten eine mazeriert, von den 29 rechtzeitig geborenen war eines mazeriert, eines starb in den ersten Lebenswochen an Syphilis, während drei später Syphiliserscheinungen zeigten, ohne daß durch dieselben der Tod veranlaßt worden wäre; es wurden also im ganzen sieben Föten und Kinder durch die Syphilis geschädigt. Das entspricht einem Prozentsatz von 21. Die früheren Beobachter, die sich mit der reinen Allgemeinbehandlung der Mutter begnügten, zählen 58% Gesamtsterblichkeit und 70% Erkrankungsfälle an Syphilis gegenüber den genannten 21%. Wenn sich nun auch nicht leugnen läßt, daß den älteren Statistiken eine Reihe von Mängeln zukommt, welche bewirken, daß die erhobenen Zahlen so sehr zu ihren Ungunsten sprechen, so ist die Zahlendifferenz doch eine viel zu große, um in diesen Mängeln allein ihre Erklärung zu finden, so daß sich der Einfluß der lokalen Behandlung nicht verkennen läßt. Vorderhand liegen allerdings nur die Berichte der Leipziger Klinik vor. — (Arch. f. Derm. u. Syph., LXVI.) D.

Ueber die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe und den Versuch seines histochemischen Nachweises. Von R. Fischel.

Nochmals über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. Von C. Siebert.

Beiden Autoren handelt es sich um die Nachprüfung der Angaben von Justus, Quecksilber im Gewebe auf dem Wege histochemischer Untersuchung nachzuweisen. Das Wesen der von Justus angegebenen Reaktion besteht darin, das im Gewebe als Quecksilberalbuminat supporierte Hg. zunächst durch Einlagern in eine Zinkazetatlösung (18%), in Quecksilberazetat (oder auch durch Chlorzink in Chlorid) umzuwandeln und das Quecksilber aus dieser Verbindung durch Schwefelwasserstoff in saurer Lösung als Schwefelquecksilber niederzuschlagen. Beide Autoren kommen sowohl bei Tierversuchen, als auch an dem behandelten und nicht behandelten Luetikern entnommenen Material zu dem Resultat, daß die Methode nicht halte, was der Autor versprach, indem sowohl in dem nicht quecksilberhältigen, als auch in dem quecksilberhältigen Gewebe die von Justus beschriebenen Niederschläge entstehen und umgekehrt, daß sie auch im quecksilberhältigen Gewebe ausbleiben können. Aus diesem Grunde treten auch beide Autoren der Frage nicht mehr näher, was denn eigentlich diese Niederschläge bedeuten. F. zumindest betont ausdrücklich, auf den chemischen Teil der Frage deshalb nicht eingehen zu wollen, weil die Methode für ihren Zweck bedeutungslos geworden sei. Nach diesem letztgenannten Autor dürften auf die Variabilität des Ausfalles der Reaktion die Dauer der Fixation im Zinkazetat, sowie die Temperatur, bei welcher fixiert wird (Brutofen), Einfluß haben. Im übrigen mag hier auch auf die bereits referierte Arbeit von Almkvist verwiesen werden, der gleichfalls, wenn auch aus anderen Gründen, die Vorbehandlung mit Zinkazetat verwirft. — (Arch. f. Derm. u. Syph., LXVI u. LXVII.) D.

Digitized by Google

Dermatologie.

Ueber die physiologische Wirkung der Radiumstrahlen und ihre therapeutische Verwendung. Von Privatdozent Dr. W. Scholtz.

Das aus der Pechblende von dem Ehepaare Curie dargestellte Uranderivat Radium, dem eine 100.000mal stärkere Radioaktivität eigen ist, als dem metallischen Uran, hat Vf. in einer umfassenden Explorationsserie auf sein physiologisches und kuratives Vermögen hin ausgewertet.

Es ergab sich in der physikalischen und physiologischen Wirkung der Radiumstrahlen eine weitgehende Uebereinstimmung mit den Röntgen-Strahlen. Mit 25 mg Radiumbromid (der Chinafabrik Buchler & Co. in Braunschweig) angestellte Bestrahlungen der Haut von Tieren und Menschen (Heftpflasterfixation der mit den Radiumkörnchen gefüllten, flachen Kautschuk-Glimmerkapsel) riefen im Laufe der dritten bis zur vierten Woche an Körperstellen Haarausfall hervor (Exposition 4—5 Minuten). Bei stärkeren Bestrahlungen (10—15 Minuten) entwickeln sich nach gleicher Zeit eine lebhafte Hautentzündung, Blasenbildung und Exkoriationen und bei noch intensiverer Einwirkung (20—30 Minuten) kommt es im Laufe der dritten bis zur vierten Woche mehr oder weniger tief ins subkutane Bindegewebe reichenden Ulzerationen. Auch histologisch fand Vf. gleich Halkins vielfache Analogien zwischen der Radium- und Röntgen-Dermatitis (vakuolisierende Degeneration an den Zellen des Retemalpighii, der Gefäße und des Bindegewebes).

Ein wesentlicher Unterschied der Röntgen-Belichtung gegenüber ist darin zu erblicken, daß bei den Radiumbestrahlungen auch bei nur kurz dauernder Exposition von 3—5 Minuten stets nach zirka 20 Stunden ein ziemlich intensives Erythem auftritt. War die Bestrahlung nicht sehr stark, so verschwindet dieses Erythem ähnlich wie die Erytheme nach Lichtbehandlung langsam innerhalb 4—5—6 Tagen unter Hinterlassung einer bräunlichen Pigmentation. Mikroskopisch findet man 20—24 Stunden nach der Bestrahlung eine deutliche Erweiterung der Gefäße des Pappillarkörpers, am 3.—4. Tage auch eine leichte Schwellung des Bindegewebes. In dieser Frühreaktion ist ein wertvoller Maßstab für die Dosierung der Radiumstrahlen gegeben, anderseits ergibt sich die Möglichkeit, das langdauernde Erythem therapeutisch auszunützen.

Auch die bereits von Aschkinaß und Caspari, sowie von Pfeiffer und Friedberger festgestellte bakterizide Eigenschaft des Radiums hat Vf. in modifizierten Versuchsanordnungen neuerlich erhärtet (Typhusbazillen, Staphylokokken).

Auch hinsichtlich dieser recht bedeutenden bakteriziden Wirkung unterscheiden sich die Radiumstrahlen erheblich von den Röntgen-Strahlen, bei denen nach den Untersuchungen der meisten Autoren eine bakterizide Wirkung entweder überhaupt nicht oder nur in sehr geringem Grade besteht. Hinter der bakteriziden Wirkung von konzentriertem elektrischen Lichte, speziell Licht von Eisenelektroden, bleibt die bakterientötende Fähigkeit der Radiumstrahlen allerdings erheblich zurück, da Vf. mit Eisenelektrodenlicht schon nach 1—2 Stunden Abtötung von Typhusbakterien erhielt.

Die angezogenen Potenzen qualifizieren das Radiumlicht zu einem Heilfaktor bei zelligen Neubildungen und bei infektiösen Prozessen der Haut.

Vor allem kämen also Karzinome, Sarkome und Lupus der Haut in Betracht. Bezüglich der Tiefenwirkung der Radiumstrahlen konnte Vf. feststellen, daß durch eine Gewebslamelle von der Dicke der Haut die wirksamen Strahlen kaum absorbiert werden, durch eine doppelt so dicke Gewebslamelle zirka 70—75%. Ganz ähnlich verhält es sich mit der Tiefenwirkung der bakteriziden Radiumstrahlen, doch wird von der keimtötenden Wirkung des Elements schon aus dem Grunde nicht viel zu erwarten sein, da Dauerbestrahlung wegen der Gefährdung des ulzerösen Zerfalles der exponierten Partien nicht zulässig ist. Das Wesentliche der

Digitized by Google

Radiumwirkung wird nach der Ansicht des Vf. ebenso, wie bei der Licht- und Röntgen-Behandlung, in dem Einflusse auf die Gefäße und Zellen zu suchen sein.

Therapeutisch sah Vf. bei Furunkel, Trichophytie, Lupus erythematodes, Psoriasis etc. keinen Erfolg. In fünf Lupusfällen war temporäre Heilung zu verzeichnen. Bei zwei von Hautkarzinom befallenen Kranken trat vollständige Involution der Herde ein. (Exposition 10—15 Minuten, später 5—2 Minuten, Rötung, Entzündung, Ulzeration, narbige Heilung.) Aus den experimentellen Untersuchungen des Vf. geht demnach hervor, daß die Wirkungen der Radiumstrahlen auf die Haut zwar in hohem Maße denjenigen der Röntgen-Strahlen gleichen, in manchen Punkten aber auch dem Einflusse des konzentrierten Lichtes ähneln. Dazu kommt dann eine nicht unbeträchtliche bakterizide Wirkung der Radiumstrahlen und vor allem noch eine recht erhebliche Tiefenwirkung.

Immerhin dürfte der praktischen Verwendung des Radiums ein umso größeres Wirkungsfeld gesichert werden, als dasselbe bei der bequemen Applikation, in geeigneten Behältern untergebracht, leicht an solchen Stellen verwendet werden kann, welche der Lichtbehandlung unzugänglich wären. (Mund, Rachen, Nase, Kehlkopf, im Innern von Tumoren.) — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3, 1904.) N.

Zur Frage der Beziehungen zwischen Bequerelstrahlen und Hautaffektionen. Von S. W. Goldberg und E. S. London.

Die mit 75 mg Radiumbromid (in glimmerbedeckter Schachtel) angestellten Versuche der Autoren ergaben zunächst, daß eine dreistündige Applikation auf normaler Haut eine schwere Dermatitis bullosa hervorzurufen geeignet ist, an die sich eine tiefgreifende Nekrose, resp. ein serpiginöser, geschwüriger Zerfall anschließt. Vom pathologischen Standpunkte äußerst bemerkenswert ist das von den Experimentatoren an sich selbst wahrgenommene Phänomen, daß auch an von dem Orte der Exposition entfernten Gebieten multiple Reaktionszonen auftreten können, die von dem einfachen Erythem bis zur Nekrose alle Entzündungsphasen durchmachen, gleichwie an der unmittelbaren Applikationsstelle des Radiums. Diese mächtige Aktion führen die Vf. auf seitliche Ausstrahlung zurück, die die Ebonitplatte und dem Messingring hindurch stattgefunden haben soll.

Therapeutisch wurden die Strahlen bei zwei Fällen von acht und zehn Jahre alten progredienten Epitheliomen (Ulc. rodens) exploriert, mit einer Bestrahlungsdauer von $^1/_2$—2 Stunden in 10tägigen Intervallen. Der eine Fall erforderte zwei, der andere drei Sitzungen. Nach weiterem nekrotischen Zerfall des Geschwürsgrundes war in beiden Fällen eine prompt vor sich gehende Epidermisation zu verzeichnen.

Ueber die Natur der wirksamen Strahlengattungen hoffen die Vf., durch weitere experimentelle Untersuchungen Aufschluß zu erhalten. — (Dermat. Zeitschr., Bd. 10, H. 5.) N.

Zur pathologischen Wirkung der Röntgen-Strahlen. Von M. H. Mac Leod.

Des Autors Erfahrungen gipfeln in der These, daß die Röntgen-Strahlen in kleinen Dosen auf die Elemente gesunder Haut anregend wirken, während große Dosen bei zu langer Expositionsdauer, geringem Röhrenabstand und Verwendung weicher Röhren, die Gewebselemente zu Degeneration und zum Absterben bringen. Die höher differenzierten Gewebe, wie Haarfollikel, Nägel, Drüsen und Blutgefäße, sollen durch die Röntgen-Strahlen leichter und nachdrücklicher beeinflußt und geschädigt werden, als die weniger differenzierten Epidermiszellen oder das fibröse Stroma des Koriums. Desgleichen sollen pathologische Zellen eine geringere Resistenz besitzen als normale.

Die angedeutete elektive Einwirkung der X-Strahlen können wir nach unseren anatomischen Untersuchungen, nicht ihrem

Digitized by Google

ganzen Umfange nach bestätigen. So ist die Zelldegeneration ebenso an dem Retelager, als an den kollagenen und vaskulären Elementen der Kutispapillen zu verfolgen und die konsekutive Atrophie pflegt nicht minder das Korium als die Oberhaut zu befallen. Ob die im Gefolge der Degeneration häufig auftretende entzündliche Reaktion stets oder überhaupt durch toxische Produkte der abgestorbenen Zellkomplexe bedingt erscheint, wie es Vf. postuliert, kann durch keinerlei positive Anhaltspunkte bekräftigt werden.

Die geringere Resistenz pathologischer Zellformationen der Strahlenwirkung gegenüber, hat sich in ausgedehnten kurativen Versuchsserien erwiesen und kann auch durch histologische Befunde belegt werden. So hat namentlich W. Scholtz (Archiv f. Derm. u. Syph. 1902; Deutsche med. Wochenschr. 1903) die rasche Hinfälligkeit der Riesenzellen und epitheloiden Zellen in den Lupusknötchen, sowie den raschen Zerfall der Karzinomzellen in Epitheliomen verfolgen können. (Ref.) — (Brit. Journ. of Dermat. Nr. 10, 1903.) N.

Bericht über die bisher gemachten Erfahrungen bei der Behandlung von Karzinomen und Sarkomen mit Radiumstrahlen. Von Dr. A. Exner.

Zur Vermeidung jedweder Beeinträchtigung der Heilungschancen hat Exner die Radiumbehandlung nur in solchen Fällen angewendet, in denen das eventuelle Ausbleiben jeden Erfolges den Patienten keinen Nachteil bringen konnte. Es waren das jene Fälle, bei denen eine Operation, sei es wegen der Größe der Tumoren, sei es wegen bereits bestehender Metastasen, unmöglich war. Nur in einem der chirurgischen Intervention noch zugänglichen Falle wurde die Radiumbestrahlung gleichfalls ausgeführt, da Patient den operativen Eingriff verweigerte.

Verwertet wurde das Präparat Radiumbromid der Braunschweiger Chininfabrik, teils in den Originalkapseln (Metall mit Glimmerverschluß), teils in den von Holzknecht modifizierten Radiumträgern. Die Applikationszeit belief sich bei Anwendung der Hartgummi-Radiumpräparate mindestens auf das Doppelte bis Dreifache der Dauer, die beim Arbeiten mit der im Originalglimmerverschluß befindlichen Substanz zur Erzielung einer bestimmten Reaktionshöhe erforderlich war.

Um alle Fehlerquellen auszuschließen, wurde bei den behandelten Fällen sorgfältig darauf geachtet, daß die Wirkung des Radiums allein zur Geltung komme. Arsen wurde keinem der Kranken gegeben, Antiseptika wurden nicht angewandt.

Der Strahleneinwirkung wurden zehn Fälle von primärem, rezidivierendem und metastasierendem Karzinom, sowie einige Fälle von Sarkomen unterzogen.

Einige Fälle von Epitheliom der Nase und Wange entfallen für die Beurteilung der Radiumwirkung, da sie nur kurze Zeit einer präoperativen Bestrahlung unterworfen wurden.

Die methodisch behandelten Plattenepithelkarzinome, sechs an der Zahl, waren durchwegs ausgebreitete Rezidiven, denen wiederholte radikale Eingriffe keinen Einhalt zu gebieten vermochten. Bei einzelnen dieser Formen kam es zum Schwunde der kurz bestrahlten (20 Minuten) Metastasen, die nach monatelanger Beobachtung nicht neuerdings zur Bildung gelangten (Mammenkarzinom, Karzinom der Mundschleimhaut).

Das gleiche Ergebnis war bei einem Melanosarkom zu erzielen. Nach Vf. Dafürhalten sollen die Radiumstrahlen die Neoplasmazellen in ihrem Bestande beeinträchtigen, ohne auf die normalen Texturen schädigend einzuwirken. Ist die von dem Gewebe absorbierte Strahlenmenge eine zu kleine, so bleiben gesunde und pathologische Zellen bestehen. Die Tiefenwirkung war in den genau explorierten zehn Fällen schätzungsweise mit 1 cm zu bemessen. Da die größte Anzahl aller zur Behandlung gelangender Tumoren jedoch ein bedeutend größeres Tiefenausmaß aufzuweisen hat, so kann Vfs. Warnung, operable Karzinome und Sarkome nach wie vor dem Chirurgen zuzuführen, nur der allseitigen Beherzigung empfohlen wer-

Digitized by Google

den. Eine Ausnahme könnten nur jene Fälle flacher Hautepitheliome bilden, die sich auch auf nicht operativem Wege zur Involution bringen lassen. Die relativ gutartigen, langsam wachsenden, serpiginös fortschreitenden flachen Hautkrebse haben ja von jeher der dermatotherapeutischen Domäne angehört und waren stets mit den günstigsten Heilungschancen, bald mechanischen, bald chemisch- und thermisch-kaustischen Prozeduren unterzogen worden.

In neuerer Zeit hat das Röntgen-Verfahren die diesbezüglichen Behelfe bereichert und dürfte auch das Radium mit den altbewährten Aetzmittel konkurrieren.

Wenn Vf. mit Ausschaltung all jener Erkrankungsformen, für deren Bekämpfung rationelle, zum Ziele führende Methoden zur Verfügung stehen, die Radiumeinwirkung nur für solche inoperable Tumoren reserviert haben will, die unaufhaltsam zum Tode führen, so ist dies eine Indikationsstellung, die für die vornehme, humane Gesinnung des Proponenten glänzendes Zeugnis legt, gleichzeitig wird hiemit aber auch dem von mancher Seite angefachten Enthusiasmus für das Heilvermögen der Radiumstrahlen, der wissenschaftlich gebotene Dämpfer aufgesetzt — (Sitzungsbericht d. kais. Akad. d. Wissenschaft in Wien; Bd. CXII, Abt. III, 1903.) N.

Zur Behandlung des Lichen planus. Von Dr. J. Zeisler.

Bei einer Beobachtungszahl von 71 Fällen kann man schon nach mancher Richtung hin therapeutische Erfahrungen gesammelt haben, die geeignet erscheinen, dem unsicher mit den Heilmitteln hantierenden Praktikern als verläßliche Direktiven zu dienen. So sind denn auch Zeislers Winke der ernstesten Beherzigung wert.

Bei den allgemeinen Ausbrüchen stellt Vf. die Arsenbehandlung obenan, nicht so sehr bei den mehr lokalisierten. Bedenkt man, daß die Zahl der Lichenruber planus-Fälle, welche Jahre hindurch nur in Form singulärer, den Standort nicht wechselnder Plaques in Erscheinung treten, zu den meist beobachteten gehören, so muß diese Oekonomie in der Arsenverabreichung nur bestens befürwortet werden. Unter den lokalen Mitteln zieht Vf. allen anderen Unnas Salbe vor, bei hypertrophischen Formen sah er von Chrysarobin, Pyrogallussäure und der Kurette Erfolg. In zwei Punkten können wir unserem in Chicago wirkenden Landsmanne nicht Recht geben. Einmal verstimmt es, daß er die Vakuumröhren auch auf dieses unschuldige, seitens der Radiologen bisher verschonte Opfer richtet, dann aber kann es ihm unmöglich ernst sein, wenn er bei seinen 44 männlichen und 27 weiblichen Patienten geistige Anstrengung, soziale Ueberbürdung, abnorme Gemütsbewegung, bei den weiblichen auch Abortus als veranlassende Momente des Prozesses anspricht. — (Journ. Americ. med. Assoc., XI. June 1903.) N.

Die Pathologie der Radiumdermatitis. Von Dr. A. Exner und Dr. G. Holzknecht.

Die makroskopisch sichtbaren Veränderungen an der bestrahlten Haut des Menschen qualifizieren sich als eine akute Dermatitis. Als Ursache derselben betrachten Vf. die Radiumbestrahlung selbst. Das vom Radium ausgehende Fluoreszenzlicht, das sich optisch gleich den Strahlen des Sonnenspektrums derselben Wellenlänge verhält, soll bei der Provokation der Hautläsion nicht mitwirken. Bei Abblendung dieser Lichterscheinung tritt die kutane Läsion in unveränderter Intensität und Qualität auf (Guttaperchaüberzug). Ob die biologische Wirkung dem Zusammenwirken der Komponenten der spezifischen Radiumstrahlen (bekanntlich bisher zwei solche eruiert) zuzuschreiben ist, konnte vorläufig nicht ermittelt werden.

Wenige Stunden bis einige Tage nach der Bestrahlung (5—20 Minuten) ist die exponierte Stelle blaßrot, wird später gelblichweiß und zeigt im Zentrum blasige Abhebung. In dieser Reaktionsstufe tritt Lockerung der Haare ein, sie folgen schmerzlos dem leisen Zuge. Involution nach diesem Stadium oder oberfläch-

Digitized by Google

licher Zerfall — mit nachträglicher Narbenbildung — peripherer Pigmentansammlung und Gefäßektasie. Verhältnisse, die sich vielfach mit jenen bei Röntgen-Bestrahlung eruierten decken.

Zwischen der Applikationszeit, dem bis zur Reaktion verstreichenden Intervall, der Höhe und Dauer der sichtbaren Entzündungsphänomene, sollen gesetzmäßige Wechselbeziehungen bestehen. Die Bestrahlungszeit steht im umgekehrten Verhältnis zur Latenzzeit, in geradem zur Höhe und Dauer der Reaktion (niedrige Dosis, lange Latenzzeit). Die Höhe der Reaktion hängt nur von der Länge der Bestrahlungszeit, damit auch von der Menge der von der Haut absorbierten Strahlung ab. Hiemit wird vorsichtigerweise der „Variabilität" der Bodenbeschaffenheit der weiteste Spielraum eingeräumt; ein solcher muß ja immer gewahrt bleiben — um die außer Rechnung und intendierter Dosierung stehenden unliebsamen Wirkungen verantworten zu können. Die Behauptung, daß bei einer Applikationsdauer von vier Minuten (Präparat im Originalverschluß) Grad I, von zehn Minuten Grad II und bei einer längeren Einwirkungszeit Grad III der Reaktion zu erzielen ist, klingt zwar sehr präzis — doch müßte erst eine weitere reiche Erfahrung ihr stets exaktes Zutreffen erhärten. Mit den Röntgen-Strahlen haben wir trotz Dosierung nach der Richtung hin böse Erfahrungen gemacht. — (Sitzungsbericht d. kais. Akad. d. Wissensch. in Wien; Mathem.-naturw. Bd. CXII, Abt. III, Juli 1903.) N.

Einige Bemerkungen zur Behandlung der Furunkulose. Von Dr. M. Cohn.

Erfahrungen am eigenen Leibe bestimmen Vf., von der Verwertung innerer Arzneien völlig abzusehen. Im Auge zu behalten sei die Regulierung des Stuhlganges. Verraten Schmerz oder Juckreiz, Rötung oder Follikelschwellung die Entwicklung der Effloreszenzen, sei Ichthargansalbe (2—3mal täglich eingerieben) am Platze. Ichtharg. 5—10·0, Aqu. dest. 5·0, Glyc. 10·0, Lanolin 35·0, Vaselin 40·0. Die Salbe soll zunächst in die Umgebung des Furunkels eingerieben werden. Nachträgliches Ekzem erheischt 1% Ichthyolpasta. Kauterisation mit Pacquelin sei oft der Inzision vorzuziehen. Häufige Bäder mit Ichthyol-, Schwefel- oder Kreolinzusatz werden empfohlen.

Daß Vf.s Empfehlungen die Behelfe nicht erschöpfen, bedarf keines Hinweises. Die gleich günstigen Resultate sind von Alkoholumschlägen, antiseptischen Betupfungen, Pflaster- und Heißwasserbehandlung zu gewärtigen. (Ref.) — (Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. XXXVI.) N.

Kurzer Ueberblick über die Grundzüge der Röntgen-Technik des Arztes. Von Dr. Karl Bruno Schürmayer, Hannover. Verlag Hachmeister & Thal. Leipzig 1904.

Diese Einführung in die medizinische Röntgen-Technik bildet eine Sonderausgabe des Anhanges aus dem Werke „Konstruktion, Bau und Betrieb von Funkeninduktoren und deren Anwendung", das den Physiker Ernst Ruhmer zum Autor hat.

Was die Uebersichtswerke von Gocht, Büttner und Müller, Donath, Freund, Dessauer-Wiesner, Albers-Schönberg, an technischem Rüstzeug für die ärztliche Dienstbarmachung des Röntgen-Agens aufzubringen vermögen, findet in diesem Leitfaden die knappste, jedoch stets verständliche und klargefaßte Berücksichtigung. Fast muß man darüber staunen, daß es bei dem stets wachsenden Arsenal dieser jungen Disziplin, dennoch möglich ist, in dem Umfange von 54 Seiten die Anordnung des Röntgen-Betriebes, sowie seine diagnostische und therapeutische Verwertung zu lückenloser Darstellung zu bringen.

Die Anordnung der Arbeitsräume, die Montage der Apparate, werden ebenso genau erörtert, als die Methoden und Hilfsmittel der Durchleuchtung, der Radiographie und der Schutzmaßnahmen.

Neben der diagnostischen Bedeutung des Durchleuchtungsverfahrens findet auch die Radiotherapie eine dem Raume angemes-

Digitized by Google

sene Würdigung. Bei der zunehmenden Einengung des therapeutischen Indikationsgebietes der Bestrahlung, zu welcher besonders die äußerst ungünstigen dermatologischen Erfahrungen Anlaß geboten haben, dürfte die Notiz von Interesse sein, daß nunmehr auch im Lager der fanatischen Radiotherapeuten vom Fache, warnende Signale auf die bevorstehende Abrüstung schließen lassen. Als ein ähnlicher „Gemäßigter" deklariert sich auch Schürmayer, der die jüngst noch bei uns von Holzknecht und Kienböck verlästerte, individuelle Intoleranz als einen Faktor hinstellt, der sicherlich geeignet ist, alle Maßnahmen illusorisch zu machen, welche auf eine Dosierung der Strahlenwirkung abzielen.

Dem Satze, „daß ohne genaue Individualisierung, d. h. Anpassung des gewählten Reizes an die Eigentümlichkeit (Reizbarkeit) des Patienten ein wahres ärztliches Handeln ausgeschlossen sei", muß ebenso rückhaltlos beigepflichtet werden, als der das Radiometer von Holzknecht streifenden Behauptung: „daß einseitige physikalische Maßstäbe noch nichts besagen in Bezug auf physiologische Wirkungen".

Tatsächlich erfährt man mittels der Radiometrie im besten Falle, wie viel die von der Röhre ausgehende Energiemenge beträgt, niemals aber, wie groß dieselbe sein darf, um im gegebenen Falle schwere, zu tiefreichender Schädigung führende Reaktionen zu vermeiden. Wäre die diesbezügliche Orientierung so exakt, wie es manche Radiologen gerne glauben machen möchten, so müßte das leider alltäglich zu beklagende Vorkommnis der nichtintendierten ulzerösen Zerstörung und fortschreitenden degenerativen Atrophie unmöglich sein. Dazu kommt noch, daß die stürmisch verlaufenden Reaktionserscheinungen häufig erst Wochen und Monate nach der Bestrahlung zur Entwicklung gelangen und keinerlei warnende Symptome dem im unsicheren empirischen Tappen vollzogenen Beginnen rechtzeitig Einhalt gebieten. Mit der vielgepriesenen Dosierbarkeit sieht es vorläufig noch recht windig aus und selbst die kundige Hand vermag nie mit absoluter Sicherheit die Folgen der Behandlung in den beabsichtigten Grenzen zu halten.

Vergegenwärtigt man sich die große Zahl unglückseliger Zufälle, welche harte und weiche Röhren in gleicher Häufigkeit vermitteln, so muß die Heranziehung der Röntgen-Therapie zur Behandlung oberflächlicher entzündlicher Dermatosen (Ekzem, Psoriasis, Prurigo, Lupus erythematosus, Akne), zu deren Bekämpfung konservative Methoden in genügender Zahl zur Verfügung stehen, für ebenso leichtfertig hingestellt werden, als die Verwertung derselben für kosmetische Zwecke. Hier, wie dort, werden die bestehenden Läsionen im besten Falle gegen irreparable, entstellende Atrophien und Pigmentverschiebungen eingetauscht, ohne auch nur die Aussicht auf Dauererfolg zu garantieren. Vorsichtige Gesellschaften für Haftversicherung werden sicherlich die Röntgentherapeuten mit besonderen Prämien belasten. (Ref.) N.

Kinderheilkunde.

Ueber Spondylitis mit besonderer Berücksichtigung des späteren Verlaufes derselben. Von Albert Hugelshofer.

Den Untersuchungen liegen 35 Beobachtungen zugrunde. Dieselben ergeben folgende Schlüsse: Die tuberkulöse Spondylitis kommt, wie auch die übrigen Knochentuberkulosen, beim männlichen Geschlecht häufiger vor, als beim weiblichen. Der Beginn der Erkrankung fällt meist in das frühe Kindesalter, und zwar hat das dritte Lebensjahr den Vorrang. Hereditäre Disposition wurde in etwas weniger als der Hälfte aller Fälle gefunden, während Traumen nur in einem Viertel aller Fälle als ätiologisches Moment angeführt werden können. Der

Digitized by Google

Prädilektionssitz der Wirbeltuberkulose fällt auf die untere Hälfte des Stammes und ist am häufigsten der erste Lendenwirbel betroffen. Unter den Komplikationen werden klinisch in zwei Fünftel aller Fälle Abszesse, darunter am meisten Psoasabszesse beobachtet. Dieselben gehen am häufigsten von der Lendenwirbelsäule aus. Lähmungen kommen in etwa 10% zur Beobachtung. Da sie am zahlreichsten bei Spondylitis cervicalis vorkommen und in zwei Drittel der Fälle letal endigen, stempeln sie dieselbe zur gefährlichsten Wirbelerkrankung. Amyloiddegenerationen wurden in etwas mehr als einem Zehntel, tuberkulöse Komplikationen in zwei Fünftel aller Fälle beobachtet.

Die Prognose der Spondylitis ist zweifelhaft, denn die Mortalität beträgt laut Wahrscheinlichkeitsrechnung 57·6% und nur in 31·3% wird vollständige Heilung erzielt. Die definitiven Heilungsresultate sind in kosmetischer Beziehung als mangelhaft, was aber die spätere Bewegungs- und Erwerbsfähigkeit betrifft, als befriedigend zu bezeichnen.

Es ist also bei Behandlung der Spondylitis das hauptsächliche Augenmerk darauf zu richten, durch frühes Eingreifen und lange Dauer der Behandlung die Gibbusbildung zu beschränken und Deformitäten auszugleichen.

Die Therapie ist eine allgemeine. Sie soll möglichst frühzeitig eingreifen, und zwar möglichst als Anstaltsbehandlung. Die lokale Behandlung sucht durch Horizontallage oder Lagerung im Lorenz'schen Gipsbett durch Reklination des Rumpfes, oft auch verbunden mit Extension, dem Kranken die Schmerzen zu lindern und den Gibbus auf das kleinste Maß zu beschränken. Nach beginnender Konsolidation tritt die Korsettbehandlung in Kraft. Diese soll möglichst lange, womöglich bis zum Aufhören des Körperwachstums fortgesetzt werden. Die Korsetts sollen erst im letzten Stadium, wenn die Heilung so gut wie sicher ist, zum Abnehmen eingerichtet werden. Die Nachbehandlung soll mehrere Jahre (am besten in einem Sanatorium) ausgeführt werden.

Abszesse werden durch Inzision und Evidement behandelt, wenn sie nach außen durchzubrechen drohen, wenn sie hohes Fieber machen und wenn die Retropharyngealabszesse das Leben direkt bedrohen. Alle übrigen leicht zugänglichen Abszesse werden mit Punktion und Jodoforminjektion behandelt, wenn sie nicht die Tendenz zeigen, spontan resorbiert zu werden. – (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 58.) Nrth.

Ueber den Wert des Pepsins in der Behandlung der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. Von Prof. Dr. G. Edlefsen.

Edlefsen hat mit Pepsindarreichung viel günstigere Erfahrungen bei der Behandlung der Verdauungsstörungen im Kindesalter erzielt, als mit der üblichen Verordnung von Salzsäure. Von der Anwendung des Pepsins kann man sich natürlich nur dann Erfolg versprechen, wenn die vorliegende Dyspepsie der Unfähigkeit des kindlichen Magens, die zugeführte Nahrung (verdünnte Kuhmilch) zu verdauen, zur Last zu legen ist. Meistens ist es umsomehr indiziert, je jünger der kranke Säugling ist. Die beste Aussicht gibt die Pepsinbehandlung bei den sogenannten dyspeptischen Diarrhöen, die schon in den Stühlen eine unvollkommene Verdauung der Milch und speziell des Kaseins erkennen lassen. Die in nicht genügend vorbereitetem Zustand den Magen verlassenden Ingesta fallen im Darm einer abnormen Zersetzung, anheim. Die Pepsinwirkung äußere in solchen Fällen eine verläßliche und rasche Wirkung. Trotz widersprechender experimenteller Untersuchungen anderer Autoren glaubt sich Edlefsen für die Pepsinverordnung einsetzen zu sollen, und diese für wirkungsvoller halten zu müssen, als die Salzsäuretherapie. Er verwendet am liebsten das trockene deutsche Pepsin von Wille in großen Dosen, und zwar in der Armenpraxis als Einzeldosis „ein kleines Häufchen auf einem Teelöffelstiel", etwa 0·25 g in lauwarmem abgekochten Wasser gelöst, unmittelbar vor der Mahlzeit. Bei der Verordnung von Pepsin-Salzsäure sind 5·0 Pepsin und 10 Tropfen Salzsäure auf 100 Wasser zu empfehlen. — (Wien. klin.-therap. Wochenschr. Nr. 9, 1904.) Nrth.

Digitized by Google

Zur Behandlung der Gastroenteritis mit saurer entrahmter Milch.

Die hohe Mortalität der Neugeborenen infolge von Gastroenteritis wird durch die übrigen Behandlungsmethoden: Magenausspülungen, Bäder, Adstringentien, u. s. w. nur wenig beeinflußt. Trotz der sorgfältigsten Pflege blieb die Mortalität der vom Autor im Spital behandelten Kinder 50%. Auf Grund der Arbeiten von Metchnikoff und Tissier über die Milchfermentation und die Mikroorganismen des Darmkanals kam Autor dazu, entrahmte Milch, ungesäuert durch Reinkulturen von acid. lacticum, therapeutisch zu versuchen. Die beobachteten 14 Fälle hatten durchaus schweren Charakter mit sehr profusen Diarrhoen, rapider Abmagerung, schlechtem Allgemeinzustand und einem Fieber, das in einigen Fällen 39°=40° erreichte. Die verwendeten Milchmengen schwankten zwischen 30 und 60 cm^3. Auf Grund dieser Behandlung fiel in sehr kurzer Zeit die Temperatur ab, das Erbrechen sistierte, die Diarrhoen verminderten sich, im Verlaufe von 48 Stunden waren die Stühle normal, das Gewicht nahm wieder zu, während bei der gewöhnlichen Behandlungsmethode, unter dem Einfluße von Purgantien und Wasserdiät, eine beträchtliche Gewichtsabnahme eingetreten war. Die Heilung wurde unter 14 Fällen 13mal erzielt; einzelne Fälle waren so schwer, das am ersten Tage exitus letalis voraussichtlich war. — (H. Rothschild, Le Progrés Médical 24. Okt. 1903.) Laufer.

Behandlung der Syphilis der Neugeborenen mit Injektionen löslicher Quecksilbersalze.

Bei dem Umstande, als für die Syphilis des Erwachsenen die Ueberlegenheit der hypodermatischen Applikation anerkannt ist, erscheint es wohl rationell, dieselbe Methode im Kindesalter durchzuführen. Die interne Applikation in Form von Calomel oder des Liqueur van Swieten kann Reizung des Darmtraktus, selbst Enteritis provozieren. Die Inunktionen sind, von kundiger Hand ausgeführt, wohl wirksam, doch können sie Dermatitiden nach sich ziehen, anderseits ist eine Bestimmung des resorbierten Hg. undurchführbar und bleibt manchmal jede Wirkung aus.

Was die Sublimatbäder anlangt, erklärte Parrot dieselben für unverläßlich oder gefährlich: unwirksam bei intakter Cutis, gefährlich bei vorhandenen Läsionen.

Was die subkutanen Injektionen anlangt, versuchte Monti dieselben schon 1869 mit 0·001 Sublimat pro dosi, nur hatte er, bei Heilung der spezifischen Erscheinung, 7 Abszesse provoziert. Dasselbe scheint Parrot beobachtet zu haben.

Moncorvo und Ferreira publizierten 47 Fälle von Lues im Alter von 2 Monaten bis 14 Jahren, bei denen systematisch Injektionen ausgeführt worden waren. Hubner verließ die Methode als zu schmerzhaft. Neuerdings hat Hutinel in einem Falle durch tägliche Injektionen von 6 Tropfen Quecksilberbijodid-Oel Erfolg erzielt. Die Autoren (Schwab und Léop. Bing) wählten zur Injektion die wässerige Lösung von Quecksilberbijodid. Das Alter der behandelten Kinder betrug im 1. Falle: 1 Tag, im 2. Falle: 6 Tage, im 3. Falle: 13 Tage, im 4. Falle: 1 Tag, im 5. Falle; 3 Monate. Es handelte sich um durchaus schwere Fälle: dreimal Pemphigus, einmal viscerale und cutane Syphilis, einmal Gewichtsverlust. Die Injektionen wurden gewöhnlich täglich ausgeführt, es genügten 12—16 Injektionen. Während der Behandlung war eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 30 g pro die zu beobachten. Niemals war lokal eine Infiltration zu beobachten. Es empfehle sich nach der 1. Serie von 10—15 Injektionen — nach Einhaltung einer 14tägigen Pause — neuerlich 10 Injektionen zu machen. — (La Presse medicale 31. Okt. 1903.) Laufer.

Digitized by Google

II. Diagnostik.

a) Herz.

Ueber die Methoden zur Grenzbestimmung des Herzens. Von Dr. F. Rosenfeld.

Nur die absolute Herzdämpfung läßt sich durch die gewöhnlich geübten Perkussionsmethoden ziemlich genau ermitteln, obwohl bloß die relative Herzdämpfung über die Größe des Herzens Aufschluß gibt. Doch ist es allgemein anerkannt, daß die relative Herzdämpfung der subjektiven Willkür des Untersuchers unterworfen ist, sich ferner mit der Stärke der Perkussion ändert und von der Konfiguration des Brustkorbes abhängt. Daher erklären sich auch die an verschiedenen Schulen geltenden Lehrsätze, die rechte Grenze der relativen Herzdämpfung reiche zum linken, resp. zum rechten Sternalband. Nur die von Ebstein ausgebildete palpatorische Perkussion gestattet es, die Herzgrenzen mit der Exaktheit der absoluten Dämpfung zu bestimmen. Vf. verwendet nicht das von Ebstein selbst angegebene Instrumentarium, sondern einen gewöhnlichen Skoda'schen Hammer und das Seitz-Struck'sche Plessimeter, welches durch seine Höhe bedingte Tiefenwirkung zur palpatorischen Perkussion trefflich geeignet ist. Ebenso kann man das Engel'sche Plessimeter verwenden, sowie das Verfahren von Plesch, welcher auf der distalen Epiphyse der ersten Phalanx perkutiert, während der im zweiten Interphalangealgelenk gestreckte Finger im ersten Interphalangealgelenk rechtwinklig gebeugt ist. Bei Benützung eines Hammers perkutiert man palpierend, indem man die Vorderfläche der dritten Phalanx des steif gestreckten Fingers auf den Kopfteil des Hammers legt.

Die Vorzüge der Tastperkussion für die Ermittlung der Herzgrenzen sind darin gelegen, daß sie viel schonender für den Patienten ist, als die zur Bestimmung der relativen Dämpfung nötigen starken Schläge, daß sie von Nebengeräuschen nicht beeinflußt wird, was besonders bei sehr dicken Individuen, bei Meteorismus etc. wertvoll ist. Die Resistenzfigur des Herzens fällt jedoch stets etwas größer aus, als die tatsächliche Zirkumferenz der Vorderfläche des Herzens.

Man bestimmt also zuerst die absolute Dämpfung durch möglichst leise Fingerperkussion, indem man von der Stelle der größten Dämpfung in allen Durchmessern nach außen perkustiert, dann bestimmt man die wahre Herzgrenze durch die Tastperkussion, indem man ebenfalls von der Mitte der Herzresistenz aus lateralwärts fortschreitet. Die rechte Herzgrenze, auf diese Weise bestimmt, überragt den rechten Sternalrand normalerweise um zirka 1 cm. Doch ändert sich dieser Abstand mit der Entwicklung des einzelnen Individuums, sowie mit dem Geschlecht um zirka $^1/_2$ cm. Nach links bleibt die Herzgrenze zirka $^1/_2$ cm innerhalb der Mamillarlinie.

Ferner sind verschiedene Methoden der auskultatorischen Perkussion angegeben worden, wie die Ewald'sche (man setzt das Stethoskop auf die Leber und perkutiert über der rechten Lunge nach dem Herzen hin). Dieses Verfahren leistet nicht mehr als die Tastperkussion. Die Runeberg'sche Methode beruht auf der Transsonanz. Perkutiert man ganz schwach mit den Fingerspitzen ein Organ, während man dasselbe gleichzeitig auskultiert, so hört man beim Ueberschreiten der Organgrenzen eine Schalländerung. Für die Herzgrenzenbestimmung hat diese Methode geringe Bedeutung, weil bei derselben die Bestimmung der Grenzen eines Organs immer unsicherer, ja unmöglich wird, je dicker die zwischenliegenden Organe sind. Bei der Methode von Smith auskultiert man mit dem Phonendoskop und streicht an der Stelle der erwarteten Dämpfung mit einem Borstenpinsel gegen die vermutlichen Grenzen. Nach Smith soll es damit nicht nur gelingen, das ganze Herz, sondern auch seine einzelnen Teile gesondert auf die Thoraxwand zu projizieren. Trotz der vielfach gegen dieses Verfahren erhobenen Einwände glaubt Vf., nach Versuchen an Lebenden und

Digitized by Google

Leichen, daß es mit seiner Hilfe möglich ist, bei geeigneten Individuen die absolute Herzgrenze zu bestimmen, mehr jedoch gewiß nicht. Die Fehlerquellen liegen hauptsächlich in der Aenderung der Hautspannung, in der Stärke der Pinselführung, sowie in der Stellung des Phonendoskops. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1904.) E. S.

Septische Angina pectoris (Angine de Poitrine infectieuse septique). Von J. Pawinski.

Septische Infektionen können einen deletären Einfluß auf das Zirkulationssystem ausüben, welcher sich manchmal unter dem Bilde einer echten Koronarangina äußert. Die wesentlichsten Charaktere dieser septischen Stenokardie sind folgende: Der Schmerz sitzt an der vorderen Partie des Thorax, speziell in der Sternalgegend, von wo er gegen die Nerven des Plexus cervicobrachialis s. irradiert. Die Schmerzen treten anfallsweise bei Personen auf, welche bis dahin niemals irgend eine Störung von Seiten des Herzens empfunden haben und erreichen dieselbe Heftigkeit, wie in den schwersten Fällen der Koronarsklerose. Sie erscheinen während der absoluten Ruhelage der Kranken im Bette, ohne daß für ihr Auftreten die Tageszeit eine Rolle spielt. Doch scheinen neuropathisch veranlagte Personen während der Nachtstunden mehr zu leiden. Die septische Stenokardie erscheint stets ganz im Anfang der Krankheit, manchmal selbst während der Inkubation. Je mehr die Infektion sich an einem bestimmten Organ lokalisiert, umsomehr nehmen die stenokardischen Schmerzen ab oder verschwinden auch vollkommen. Die septische Stenokardie erscheint gewöhnlich zur Zeit geringfügiger Temperatursteigerungen oder selbst noch während des apyretischen Stadiums und wird manchmal von Zeichen der Herzinsuffizienz begleitet.

Das Leiden tritt gewöhnlich bei Männern mittleren Lebensalters, selten bei Weibern auf. Als prädisponierend müssen Exzesse in Baccho et venere, Tabakmißbrauch, psychische Erschütterungen angesehen werden.

Die Prognose der Stenokardie selbst ist meist günstig, nur bei älteren Individuen, wo man Veränderungen des Zirkulationsapparats vermuten darf, kann die Stenokardie tödlich enden oder in einen chronischen Zustand übergehen.

Man ist zur Annahme berechtigt, daß ebenso wie die infektiösen Toxine auf das Nervensystem und die Blutgefäße im allgemeinen einwirken, auch die Nerven, Arterien und Muskeln des Herzens selbst speziell affiziert werden können. Manchmal sind diese Störungen rein funktioneller Natur und verschwinden dann vollkommen. In den Fällen, wo nach Heilung der septischen Infektion die Stenokardien persistieren, muß man annehmen, daß unter dem Einflusse der Infektion die Intima der Koronararterien selbst alteriert worden sei, also eine Sklerose derselben mit Ausgang in echte Angina pectoris sich entwickelt hat. — (Revue de Médecine Nr. 3, 1904.) E. S.

Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Endocarditis ulcerosa. Von E. Wurdack.

Bei einer an akuter septischer Endokarditis erkrankten 25jährigen Frau entwickelten sich eigentümliche hämorrhagische Veränderungen in der Haut, bestehend in scharf umschriebener blauroter Verfärbung, besonders im Gesicht in Schmetterlingsform und auf einzelnen anderen Körperstellen, welche als Folge mykotischer Embolie mit nachfolgender Hämorrhagie und Nekrose der Haut aufzufassen sind. — (Zeitschr. f. Heilkunde Nr. 2, 1904.) E. S.

b) Lunge.

Zur Diagnose der chronischen Lungentuberkulose durch das radiologische Verfahren. Von Prof. Rieder.

Durch Verwendung der Bleiblende, sowie durch Ermöglichung ganz kurz dauernder Exposition (während der Atempause) ist erst die Radiologie in der Diagnostik der Brustkrankheiten zur Geltung gekommen. Für die radiologische Untersuchung der Lungen eignet sich besonders die sagittale, und zwar speziell die dorsoventrale Durchleuchtung. Auf Grund der Beobachtung von 22 Fällen kommt R.

Digitized by Google

zu folgenden Resultaten: Die allerersten Anfänge (Tuberkelknötchen, diffuse, gelatinöse Infiltration) können durch das Röntgen-Verfahren nicht nachgewiesen werden. Anhaltspunkte für die Diagnose beginnender Lungentuberkulose bieten: Helligkeitsabnahme der betreffenden Lungenspitze, Störung der inspiratorischen Aufhellung, abnorm hoher Stand und verminderte Bewegung des Zwerchfelles auf der erkrankten Seite, ein durch Bronchialdrüsenerkrankung bedingter Schatten am Lungenhilus. Zirkumskripte, matte Schatten sprechen für käsige Herde, sind dieselben fortschreitend, so wird der Schatten schwach, unscharf, verschwommen. Sind die Schatten zirkumskript und sehr dicht, so sprechen sie für ältere, mit Schrumpfung und Verkalkung einhergehende Herde oder für gefüllte Kavernen. Im allgemeinen sind nur leere Kavernen, bei günstiger Lage auch sehr kleine nachzuweisen. Zirkumskripte Schwielen und Schwarten geben strangartige Schatten, bei diffusen Schwarten verläuft sich der Schatten allmählich ins Gesunde. Schrumpfung der erkrankten Thoraxseite läßt sich meist deutlich nachweisen.

Wir sind also oft in der Lage, nachzuweisen, ob sich hinter einem „Katarrh" eine Lungentuberkulose verbirgt; oft nimmt man ferner wahr, daß die Erkrankung weiter ausgedehnt ist, als man vor der radiologischen Untersuchung vermutet hatte.

„Jedenfalls", schließt R., „ist die Behauptung gerechtfertigt, daß in allen Fällen von chronischer Lungentuberkulose die Röntgen-Untersuchung eine höchst wertvolle Unterstützung und Ergänzung der übrigen Untersuchungsmethoden liefert." — (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgen-Strahlen, Bd. 7, H. 1.) Baer.

Ueber den diagnostischen Wert der Tuberkulinreaktion. Von Schlüter, Rostock.

Um die in letzter Zeit wieder heiß umstrittene diagnostische Tuberkulininjektion für die Praxis wertvoll zu machen, muß diese Methode nach Ansicht des Vf. folgende Bedingungen erfüllen: 1. Die an Tuberkulose Kranken, auch die an aktiv latenter müssen reagieren, dagegen müssen 2. die latent inaktiven und 3. die tuberkulosefreien keine Reaktion aufweisen. Seltene Ausnahmen beeinflussen den Wert der Methode selbstverständlich nicht. Es wurden 100 Injektionen mit Koch'schem Alt-Tuberkulin nur an vollkommen fieberfreien Patienten, von denen absichtlich auch Nichttuberkuloseverdächtige gewählt wurden, vorgenommen. Die Dosis betrug 1—4 mg, selten mehr. Die Resultate des Vf. ergaben, daß auf diese kleinen Dosen fast ausnahmslos nur wirklich „aktiv Tuberkulöse" reagieren, daß harmlose latente Herde, sowie völlig Tuberkulosefreie fast ausnahmslos nicht reagieren. Deshalb wünscht Vf., daß sich die Methode der diagnostischen Tuberkulininjektion bei vorsichtiger, doch ausreichender Dosierung zur Frühdiagnose in Krankenanstalten und in der Praxis mehr, wie bisher geschehen, einbürgern möge. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8, 1904.) Baer.

c) Pleura.

Beitrag zur Frage des osmotischen Druckes der Ex- und Transsudate. Von C. v. Rzentkowski.

Bei tuberkulöser Pleuritis beträgt $\Delta = -0{\cdot}50$ bis $-0{\cdot}54$, im Durchschnitt $-0{\cdot}52$, ist also verhältnismäßig gering. In einem Falle von rheumatischer Pleuritis mit akuter Polyarthritis betrug $\Delta = -0{\cdot}54$. In eitrigen Exsudaten war durchschnittlich $\Delta = -0{\cdot}84$, also der Gefrierpunkt des Exsudats steht im allgemeinen umso niedriger, je reicher das Exsudat an Eiterkörperchen ist. Ferner ist der osmotische Druck eitriger Exsudate umso geringer, je älter das Exudat ist.

Auch bei tuberkulösen Exsudaten des Peritoneums ist Δ ziemlich gering, $-0{\cdot}51$ bis $-0{\cdot}52$. Die tuberkulösen Exsudate besitzen also, unabhängig von ihrer Lokalisation, die kleinste molekuläre Konzentration. Der Gefrierpunkt der Aszitesflüssigkeit bei Leberzirrhose liegt im all-

Digitized by Google

gemeinen tiefer als der der tuberkulösen Exsudate ($\Delta = -0{\cdot}545$ bis $-0{\cdot}565$, im Mittel $-0{\cdot}536$). Karzinomatöse Exsudate zeigten einen Durchschnittswert von $\Delta = -0{\cdot}547$.

Die Transsudate zeigen in der Regel einen größeren Wert für Δ, und zwar besitzen die nephritischen Transsudate gewöhnlich eine höhere molekuläre Konzentration, als die auf Grund von Zirkulationsstörungen entstandenen, bei den ersteren $\Delta = -0{\cdot}583$, bei den letzteren $-0{\cdot}548$.

Die molekuläre Konzentration der Exsudate ist von der molekulären Konzentration des Blutes unabhängig, während die der Transsudate ganz von der primären Störung der chemischen Blutzusammensetzung bestimmt wird. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9, 1904.) E. S.

d) Darm.

Ueber die Ausscheidung von gelösten Eiweißkörpern in den Fäzes und ihre Verwertung zur Erkennung von Funktionsstörungen des Darmes. Von A. Albu und A. Calvo.

Es wurden 125 Stuhlgänge, 23 von normalen erwachsenen Individuen, 68 von Erwachsenen mit Erkrankungen des Verdauungsapparats, 11 von gesunden Säuglingen und Kindern, 14 von darmkranken Säuglingen und Kindern untersucht. Bei gesunden Erwachsenen ließ sich, übereinstimmend mit Angaben von v. Jaksch und von Ury, niemals eine Spur irgend eines Eiweißkörpers in den Fäzes nachweisen, auch nicht nach Genuß von zwölf Eiern oder 2 l Milch pro die oder nach ausschließlicher starker Fleischdiät. Selbst der Zusatz von 30 g Somatose wurde noch vollkommen resorbiert und erst nach Mengen von über 50 g werden Spuren von Albumosen in den Fäzes nachweisbar. In 55 Fällen von Erkrankungen des Magendarmkanals bei Erwachsenen ließ sich niemals eine Spur von Albumosen oder Peptonen in den Fäzes finden, die Resorption ist also trotz selbst schwerer Veränderungen der Darmwand (Typhus, tuberkulöse Enteritis etc.) eine vollkommene. In 13 Fällen fand sich Biuretreaktion, doch nicht bedingt durch den Gehalt an Albumosen, sondern durch Albumin. In den Stühlen der gesunden Säuglinge fanden sich stets Spuren von Kasein und Albumin, in den Stuhlgängen magendarmkranker Säuglinge und Kinder war in allen Fällen zumeist außerordentlich stark Essigsäurereaktion und Eiweißreaktionen vorhanden, doch treten Albumosen auch bei Kindern niemals auf.

Das Kasein ist als unverdauter Rest der Milchnahrung anzusehen. Bei älteren Kindern ist die Essigsäurereaktion zuweilen auf gelöstes Muzin zu beziehen. Bei Erwachsenen ließ sich dieses nur in einem Falle mit massenhafter Schleimabsonderung im Dickdarm konstatieren.

Am meisten Beachtung verdient das Auftreten von Albumin in den Fäzes, das sich bei gesunden Säuglingen stets, bei gesunden älteren Kindern nur zuweilen, bei beiden Gruppen stets im Falle einer Darmerkrankung findet, bei Erwachsenen schließlich nur in einem Teile der Fälle schwerer Darmaffektionen.

Es ist möglich, daß die kleinen Mengen von Eiweißkörpern infolge der rascheren Darmentleerung bei Diarrhöe der Resorption entgehen, doch wäre es auch denkbar, daß einzelne Formen von Darmkatarrh die Resorptionsfähigkeit der Schleimhaut herabsetzen. Endlich könnte das ausgeschiedene Eiweiß auch nicht von den Eiweißkörpern der Nahrung, sondern von Epithelien und Leukozyten der Darmschleimhaut stammen. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. LII, H. 1.) E. S.

e) Niere.

Eine fast ganz normale Niere mit einer kleinen tuberkulösen „Kaverne" im oberen Pole, gewonnen durch Nephrektomie, demonstrierte Kapsammer in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 12. Februar d. J. Der 30jährige Patient stand zunächst mit chronischer Urethritis in Behandlung, der Harn blieb jedoch auch nach der Ausheilung derselben leicht getrübt. Zystoskopie, Ureterenkatheterismus. Der Tierversuch, ausgeführt am Meerschweinchen, ergab Peritonitis tuberculosa an den mit dem Harn der linken

Digitized by Google

Niere geimpften Tieren. Subjektive Beschwerden bestanden nie, zeitweise Spuren von Albumen, keine Tuberkelbazillen im Sediment. Die Frühdiagnose konnte nur mit Hilfe des Ureterkatheters gestellt werden. Tatsächlich ergab sich auch intra operationem erst nach Ausführung des Sektionsschnittes die eingangs erwähnte Kaverne, nirgends ein Tuberkelknötchen. Da sich ferner auch am Ausgang des Nierenbeckens ein tuberkulöses Geschwür, sowie der Ureter im unteren Abschnitte verdickt fand, führte Vf. die Nephroureterektomie aus.

Rich. Grünfeld.

f) Blase und Harnröhre.

Einen Fall von Blasendivertikel demonstrierte Koller in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 5. Februar d. J., welcher speziell wegen des radiologischen Befundes Interesse beansprucht. Ein 17jähriger Patient leidet seit drei Jahren an Pollakurie und Inkontinenz. Objektiv fand sich, wenn der Patient einige Zeit keinen Urin gelassen hatte, in der rechten Unterbauchgegend ein apfel- bis mannsfaustgroßer Tumor, elastisch, fluktuierend, vom Rektum aus palpabel. Beim Urinieren Verkleinerung, bei Evakuationskatheterismus Verschwinden desselben. Blasenkapazität 2 l, Residualharnmenge zirka 8500 cm³. Zystoskopisch Trabekelbildung, in der Gegend des Scheitels eine trichterförmige Verziehung, auf deren Grund sich zwei Löcher vorfinden. Bei Druck auf den Tumor von den Bauchdecken aus entleert sich Flüssigkeit. Behufs radiologischer Untersuchung wird ein mit einem Gebläse armierter Katheter in die Blase eingeführt und von Holzknecht folgender Befund erhoben: Auffällige Aufhellung an der dem Tumor entsprechenden Stelle (nach innen vom rechten lig. Pouparti), wechselnd, je nach der Menge der durch das Gebläse eingeführten Luft, Verschwinden derselben nach einiger Zeit; bei erneuter Aufblähung stoßweises Entstehen der bezeichneten Aufhellung. In der Gegend der Symphyse undeutliche Blasenaufhellungskonturen, deutlicher Zusammenhang der erwähnten Aufhellungszone mit den Blasenkonturen auf dem Radiogramm, daraus Sicherstellung der Diagnose.

Rich. Grünfeld.

Die Hernia intravesicalis. Von Viktor Blum.

Das auch mit dem Namen Invaginatio vesicae, Inversio vesicae urinariae incompleta und Kystanastrophe bezeichnete Krankheitsbild stellt eine Einstülpung der Blasenwände in das Innere des Blasenkavums dar, hervorgerufen durch das Vordringen eines mit Därmen ausgefüllten Peritonealzipfels. In allen bisher bekannten Fällen fand diese Einstülpung an einer vom Bauchfell überzogenen Stelle, speziell am Scheitel, am Urachusansatz oder entsprechend dem Ansatze des Ligamentum vesico-umbilicale medium statt. Die Einstülpung kann hervorgerufen werden durch Darmabschnitte, die mit Kotmassen erfüllt sind, durch den antevertierten Uterus, endlich durch Tumoren des kleinen Beckens oder der Bauchhöhle. Weiters kann eine derartige Hernie in Analogie mit den anderen inneren Brüchen durch intraabdominelle Drucksteigerung, vielleicht vergesellschaftet mit kongenitalen Deformitäten, entstehen. (Das Wort Blasenhernie soll aber nicht zu der mißverständlichen Auffassung führen, als handelte es sich hiebei um eine Hernie, deren Inhalt von der Blase gebildet wird.) Intravesikale Hernien wurden bislang nur als zufällige Befunde bei Obduktionen gefunden und der von Blum mitgeteilte Fall ist der erste intra vitam diagnostizierte: Bei einem 23jährigen Manne mit chronisch inkompletter Harnretention (Residualmenge ungefähr $^1/_2$ l) und Bakteriurie fand sich zystoskopisch eine kegelförmige tumorartige Vorwölbung der Blasenwand am Scheitel der Blase, deren Oberfläche sich in ständiger, langsamer, wurmartiger Bewegung befand, die man deutlich als peristaltische ansprechen konnte. In der Gegend der rechten Uretermündung fand sich nebstbei ein als Divertikeleingang imponierendes Gebilde, woselbst man einen Ureterkatheter zirka 10 cm weit vorschieben konnte.

Diese doppelte Formanomalie der Blase

Digitized by Google

wird vom Autor als kongenital angenommen, verursacht durch fötale Harnpassagehindernisse, zumal gerade der Blasenscheitel, der Ansatzpunkt des Urachus, den Locus minoris resistentiae gegenüber dem gesteigerten Drucke darstellt. Die Drucksteigerung ist wiederum eine naturgemäße Folge der Stauung des Urins durch die abnormen Verhältnisse, welche eine komplette oder inkomplette Harnretention bedingen. Ist die Passage dann wieder frei, dann bleiben jedoch Divertikel, Dilatation der Blase und Verdünnung ihrer Wände bestehen. Die Bakteriurie erklärt sich durch die leichtere Ueberwanderungsmöglichkeit der Mikroben, speziell des Bact. coli commune, aus den Därmen durch die verdünnten Wände in das Innere der Blase.

Praktische Bedeutung erlangt der Fall dadurch, daß man zunächst die Ursache eines dunklen Prozesses, Harnretention mit Bakteriurie, bei einem sonst gesunden Menschen durch zystoskopische Diagnose aufklären konnte, außerdem aber noch durch die Ueberlegung, daß in Fällen innerer Einklemmung bei gleichzeitig bestehenden Harnbeschwerden die Möglichkeit dieser seltenen Bruchform in Betracht zu ziehen sein wird. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 8, 1904.)

Rich. Grünfeld.

Gonokokkenkulturen auf Thalmannagar. Von Dr. A. Alfvén.

Vor einigen Jahren hat Jundell bereits auf die Schwierigkeit hingewiesen, welche sich der Fortpflanzung der Gonokokken durch den Mangel einer entsprechenden Nährsubstanz entgegenstellen, da als einziges verläßliches Material sich hiezu bloß Mischungen von Peptonagar und Serum, respektive pathologischen Transsudaten vom Menschen eignen. Letzteres ist jedoch nur schwierig steril zu erhalten, die Mischung wird bald untauglich und es kommt vor, daß selbst eine bestimmte Aszitesflüssigkeit zur Fortpflanzung der Kokken sich nicht eignet. Thalmann glaubte eine Nährsubstanz gefunden zu haben, welche alle diese Mängel des Aszitesagar nicht besitzt und sich von den gewöhnlichen Agarsubstanzen fast nur durch den Grad der Alkaleszenz unterscheidet. Er empfiehlt dieses Agar namentlich zu diagnostischem Zwecke, indem er behauptet, daß „jeder im Eiter noch lebende Gonokokkus sich zur Kolonie entwickelt". Diese Angaben werden von Ströhmberg, Brougeromer und van de Velde bestätigt, ersterer konnte in 93 von 95 Fällen, wo die mikroskopische Untersuchung ihn im Stiche ließ, Gonokokken durch Thalmann-Agarkultur nachweisen, die letzteren sprechen derselben sogar elektive Eigenschaften zu. Diesen Arbeiten entgegengesetzt, hat Baermann von der Neisser'schen Klinik Angaben gemacht, welche durch Kontrollkulturen auf Aszitesagar unterstützt dahingehen, daß ohne gleichzeitiges Ueberimpfen reichlicher Mengen Eiter auf der Thalmannkultur in erster Generation eine Fortpflanzung der Gonokokken nicht zu erzielen ist". Baermann behauptet wohl, daß es ihm gelungen sei, Gonokokken, welche auf Aszitesagar gewachsen sind, in zweiter Generation auf gewöhnliches und Thalmannagar zu überimpfen; dem widersprechen die Angaben von Nicolaysen und Jundell, welch letzterer einen Gonokokkenstamm durch 200 Generationen auf Aszitesagar fortpflanzte, ohne daß es ihm gelungen wäre, denselben auf gewöhnliches Agar zu überführen. Unabhängig von diesen Arbeiten hat Vf. im Stockholmer städtischen Gesundheitsamte eine Serie von Untersuchungen mit Thalmannagar angestellt, indem er das Uretralsekret von 15 Personen, welche eine Gonorrhöe mit stark eiterigem Ausfluß hatten, in Petrischalen zugleich auf Thalmannagar und Aszitesagar ausgoß. Bloß in vier akuten Fällen gelang es ihm, auf ersteren eine geringe Anzahl — ungefähr zehn — Gonokokkenkolonien zu erhalten, während das Aszitesagar hievon übersäet war. Noch deutlicher war dieser Befund, als von ein und derselben Platinöse Thalmann- und Aszitesagar beschickt wurde, ersteres steril blieb, während auf letzterem zahlreiche Gonokokkenkolonien aufwuchsen. Es muß als selbstredend hervorgehoben werden, daß die übrigens leichte Bereitung des Thalmannagar genau nach Vorschrift geschehen ist. Die

Digitized by Google

erstgenannten Untersucher haben daher bei ihren Impfungen entweder sehr viel Eiter auf die Nährsubstanz gebracht, so daß die Gonokokken in ihrem eigenen Eiter sich entwickelt haben, oder sie haben die Gonokokken mit anderen diesen in der Form und Färbung nahestehenden Bakterien verwechselt. — (Hygiea, Stockholm, Jännerheft.)

Klemperer, Karlsbad.

Welche Bedeutung hat die Thompson'sche Zweigläserprobe für die lokale Diagnose bei Erkrankung der Harnwege? Von W. Schneider.

Die Ungenauigkeit und Unsicherheit, welche der Thompson'schen Zweigläserprobe anhaften, sind allgemein bekannt, und es wurden bereits von verschiedenen Autoren Modifikationen angegeben, welche die Zuverlässigkeit der Probe zu steigern imstande wären. Doch haben diese Modifikationen in der Praxis doch keine rechte Verbreitung gefunden, weil sie immerhin etwas kompliziert, einen größeren Apparat- und Zeitaufwand verlangen, während es gerade die Einfachheit der Zweigläserprobe ist, die ihre Verwendung zu einer so ausgebreiteten werden ließ. Bei einem positiven Ausfalle der Zweigläserprobe — Trübung beider Harnportionen — läßt sich tatsächlich bloß schließen, daß die Erkrankung auch jenseits des Schließmuskels gelegene Teile ergriffen hat, also Urethra posterior, Prostata und Samenblasen, Blase oder Nierenbecken. Aber schon, wenn beispielsweise die Sekretion des hinteren Anteiles der Urethra eine geringe ist, wird die Probe versagen, während sie bei bloßer Prostatitis und Vesiculitis sehr häufig einen negativen Befund gibt. Sie ist also in dieser letzteren Beziehung fast wertlos, und wir sind immer genötigt — auch wenn wir nicht durch direkte Symptome dazu gedrängt werden, wie etwa bei der akuten Prostatitis — diesem Organ unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden und uns durch Expression der Prostata und Untersuchung des gewonnenen Sekrets von dem Gesundheitszustand derselben zu überzeugen. Dies gilt insbesonders auch bei Erteilung des Ehekonsenses. Zu diesen Schlüssen kommt der Autor auch an der Hand einer Reihe von Krankheitsfällen, deren Untersuchungsergebnis in Kürze mitgeteilt wird. — (Dermatol. Zentralbl. VII, 2.) D.

g) Weibliches Genitale.

Beitrag zur Diagnose der Blasenmolenschwangerschaft. Von W. Poten.

Vf. macht darauf aufmerksam, daß die gelegentlich von ihm beobachtete „teigig weiche" Konsistenz der Gebärmutter für einen abnormen Uterusinhalt, d. i. abnormes Schwangerschaftsprodukt, charakteristisch ist, im Gegensatz zu der „elastisch weichen" Konsistenz der normal schwangeren Gebärmutter. Weiters war er in der Lage, eine zweite, viel wichtigere Erscheinung zu beobachten, die er bisnun niemals bei normal wachsendem Ei, sondern nur bei abnormem Uterusinhalt, besonders bei Blasenmole gesehen hatte. Es sind das partielle, ganz charakteristische Kontraktionen der Gebärmutter, die nacheinander an den verschiedensten Stellen der Gebärmutterwand entstehen und wiederum verschwinden. Vf. sucht die Ursache dieser umschriebenen Kontraktionen in einer Ablösung der Molenmasse und dadurch bedingter Blutaustritt an der entsprechenden Stelle der Uteruswandung. Unter elf Molen konnte Vf. in drei Fällen diese Kontraktionen beobachten. — (Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. XIV, H. 3.) Königstein.

Ueber die blumenkohlähnlichen Tumoren der Vulva. Von Dr. H. Hellendall.

Der Frauenklinik Tübingens entlehnt Vf. 13 Beobachtungen, die vom klinischen und anatomischen Standpunkte aus gleich interessante Vorhofneoplasmen illustrieren. Ein Blick auf die treu reproduzierten, enorm gewucherten Tumoren lehrt, welchen Schwierigkeiten mitunter die richtige Erkenntnis dieser Neubildungen begegnet. Der Text erhärtet welch unentbehrlichen Behelf wir in der histologischen Untersuchung zu erblicken haben. Mehr in die Kategorie der gutartigen Neoplasmen zu rechnen sind die als Elephantiasis tuberosa und condylo-

Digitized by Google

matosa beschriebenen, auch anatomisch genau analysierten Vulvageschwülste. An diese schließen sich lehrreiche Betrachtungen über die ätiologischen Relationen der Elephantiasis zu Veränderungen in den Lymphbahnen, Syphilis und Tuberkulose an. Das kasuistisch rare Papiloma vulvae carcinomatosum hat Vf. bei einer 38jährigen Frau in Form faustgroßer, an beiden großen Schamlippen sitzender, klein papillärer Tumoren verfolgen können. Der genaue anatomische Befund beleuchtet alle Charaktere dieser seltenen Formation. Die über die Oberfläche der Haut hervorragende Wucherung gleichwie die Beteiligung des Strat. papill. berechtigt vollauf die Apostrophierung „blumenkohlähnliches papilläres Karzinom". Außer diesem Falle vermag Vf. den 140, in der Literatur niedergelegten Vulvakarzinombeobachtungen noch zehn weitere aus der Tübinger Frauenklinik beizufügen. Das Neoplasma präsentierte sich zweimal als Ulkus, dreimal als flache Wucherung, einmal als gestieltes Papillom und dreimal in Form größerer Prominenzen. In sämtlichen Fällen lehrte die mikroskopische Untersuchung den Befund eines typischen Plattenepithelkarzinoms. In neun Fällen wurden siebenmal Inguinaldrüsen exstirpiert, zweimal erwiesen sich dieselben karzinomatös. Viermal wurden Rezidiven beobachtet, und zwar zweimal, wo die Drüsen nicht karzinomatös waren. — (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. VIII, H. 2.) N.

h) Nervensystem.

Der Großezehenreflex beim Kinde. Diagnostischer und prognostischer Wert der Extension und Flexion der großen Zehe. Von Dr. André Leri.

Auf Grund der Untersuchung von 166 Kindern kommt Autor zu folgenden Schlüssen: Zur Zeit der Geburt ist die Zehenextension fast allgemeine Regel, die Flexion gehört zu den seltensten Ausnahmen. Drei Jahre später ist die Flexion Regel, die Extension Ausnahme, ohne jedoch gleich sicheren diagnostischen Wert zu haben, wie beim Erwachsenen. In der Zeit vom ersten bis zum dritten Jahre kommt die Extension ausnahmsweise vor, von folgenden Fällen abgesehen: a) bei Affektionen des Nervensystems; dem Symptom kommt jedoch in solchen Fällen nicht dieselbe Bedeutung, wie beim Erwachsenen zu, denn die Pyramidenfasern scheinen beim Kinde, besonders für toxische Schädigungen, viel empfindlicher zu sein; b) bei weitgehenden Störungen der Allgemeinernährung, bei denen eine Entwicklungshemmung der Pyramidenstränge eintreten kann.

Ungefähr um den 5. oder 6. Monat scheint im allgemeinen beim normalen Kinde, von individuellen Ausnahmen abgesehen, die Zehenextension zu verschwinden; eine Periode des Ueberganges ist oft durch intermittierende Extension und durch einseitige Extension markiert. Die Extension der Zehe scheint ungefähr um dieselbe Zeit, wie die eigenartige spasmodische Attitude der Neugeborenen zu schwinden; beide Erscheinungen deuten die inkomplette Entwicklung des Pyramidenbündels an, und wenn sie persistieren, bilden sie das fast vollständige Bild der Little'schen Krankheit.

Die Zehenbeugung kann eine diagnostische und weit mehr als die Extension wertvolle prognostische Bedeutung erlangen: bei einem Kinde, das noch nicht geht, einem frühgeborenen oder athreptischen Säugling zum Beispiel, kann das Phänomen mehr oder weniger lange Zeit das einzige Symptom sein, welches das Fehlen des Pyramidenbündels andeutet und auf späteres Erscheinen der Littleschen Krankheit vorbereitet. — (Soc. de Neurologie 1903.) Nrth.

Ueber Hypophysistumoren. Von Dr. E. Zak.

Vf. bespricht einen Fall mit Hypophysistumor ohne Akromegalie. Klinisch bot derselbe Parästhesien in den Beinen, sehr starkes Fettpolster, Atrophie des Sehnerven beiderseits, sonst negativer Nervenbefund. Der Tod erfolgte unter den Zeichen der Herzschwäche. Bei der Sektion fand sich an Stelle der Hypophyse eine pflaumengroße Geschwulst, die nach dem histologischen Bilde aus dem vor-

Digitized by Google

deren, drüsigen Anteile der Hypophyse hervorgegangen war und ein Adenom derselben im Sinne Bendas darstellte. Auch in dem zweiten mitgeteilten Falle fehlten akromegalische Symptome; die Sektion deckte einen Tumor im Türkensattel auf, welcher die Hypophyse verdrängt hatte und sich als Endotheliom der Dura mater erwies. Das wichtigste Symptom des Hypophysentumors ist bitemporale Hemianopsie; sehr häufig kommt Sehnervenatrophie vor, seltener Stauungspapille, ferner Fettleibigkeit und Akromegalie. Nach Benda ist eine gesteigerte Funktion der Drüse die Ursache der Allgemeinerscheinungen. In den beiden Fällen des Vf., sowie in 20 Fällen der Literatur, hatte dagegen der Tumor einen solchen Bau, daß eine Funktionsherabsetzung der Drüse zu erwarten war. Auf diese Herabsetzung glaubt der Vf. das Ausbleiben der Akromegalie in seinen Fällen zurückführen zu dürfen. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 10 u. 11, 1904.) Dr. Rosenthal.

Ein Reflex am Fußrücken. Von Dr. Kurt Mendel.

Beklopft man mit dem Perkussionshammer den lateralen Teil des Fußrückens (entsprechend der Basis oder Mitte des vierten und fünften Metatarsalknochens, sowie dem Os cuboideum), so sieht man bei jedem Gesunden mehr oder minder deutlich eine Dorsalflexion der zweiten bis fünften Zehe, am besten zu sehen an der zweiten oder dritten Zehe. Bei funktionellen Nervenleiden besteht derselbe Reflex, und zwar umso deutlicher, je größer die allgemeine Reflexerregbarkeit ist. Bei spastischen organischen Lähmungen ruft das Beklopfen der betreffenden Stelle statt Dorsalflexion, eine sehr deutliche Plantarflexion der letzten vier Zehen hervor. In allen diesen Fällen ist der Babinski'sche Reflex positiv. In manchen Fällen mit Babinski'schem Reflex tritt jedoch beim Fußrückenbeklopfen Plantarflexion auf; die Bedingungen, unter denen dies der Fall ist, sind bisher nicht bekannt. Der Reflex ist brauchbar (ebenso wie der Babinskis) zur Unterscheidung von organischen und funktionellen Beinlähmungen, sowie zur Bestimmung der Seite der Lähmung bei Apoplexien. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 5, 1904.)

Dr. Rosenthal.

Hemiplegia alternans superior. (Störung der räumlichen Orientierung des Körpers.) Von Dr. R. Kuttner, Breslau.

Eine 58jährige Frau stürzte in einem Schwindelanfalle (ohne Bewußtseinsstörung) zusammen; sofort nachher findet sich am rechten Auge Ptosis, Lähmung der vom rechten Okulomotorius versorgten Muskeln, eine Parese des linken Mundfazialis und Hypoglossus und des linken Beines. Bald nachher stellten sich Verwirrtheit und besonders starke illusionäre Gleichgewichtsstörungen ein, die Kranke glaubt sich auf einem heftig schwankenden Schiffe, ebenso schwanken und stürzen die Gegenstände der Umgebung. Nach zirka 14 Tagen war die psychische Störung vollkommen abgeklungen, die Paresen besserten sich in den nächsten Wochen wesentlich. Es handelt sich hier offenbar um einen akut (durch Thrombose) entstandenen Herd im rechten Pedunculus cerebri. In dessen Mitte verläuft die frontale Brückenbahn, die in Beziehung zur Erhaltung des Körpergleichgewichtes zu stehen und Stirnhirn und Kleinhirn zu verbinden scheint. Offenbar war auch diese Bahn durch den Herd betroffen, woraus sich der heftige initiale Schwindelanfall und die späteren Sensationen des Gleichgewichtes unter dem Bilde eines Deliriums erklären. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 5, 1904.) Dr. Rosenthal.

Das Orbicularisphänomen. Von Dr. Rumke, Freiburger phsych. Klinik.

Als Orbicularis phaenomen beschrieben 1899 A. Westphal und J. Pilcz fast gleichzeitig eine Verengerung der Pupille, die beim Lidschluß und nach Pilcz auch beim nur intendierten, aber mechanisch verhinderten Lidschluß auftritt. Sie kann nur aus der nach Oeffnen des Auges eintretenden Erweiterung erschlossen werden, diese wird aber meist durch den Lichtreflex verdeckt. Daher ist die Erscheinung am besten an blinden Augen und lichtstarren Pupillen zu beobachten. Vf. hat das Phänomen auch in vielen anderen Fällen sicht-

Digitized by Google

bar gemacht, indem er entweder die Retina vorher durch intensive Beleuchtung ermüdete und so den Lichtreflex ausschalten konnte, oder in Fällen, wo diese Versuchsanordnung versagte, durch leichte Kokainisierung des Auges. Durch letztere wird nämlich der reflektorische Einfluß des Trigeminus auf die Irisbewegungen ausgeschaltet. Der Autor faßt das Orbikularisphänomen als Mitbewegung auf, die einen diagnostischen Wert nicht besitzt, aber wichtig ist als Fehlerquelle bei der Beobachtung anderer Pupillenbewegungen. — (Zentralbl. f. Psych. u. Nervenheilk. Nr. 169, 1904.) Dr. Rosenthal.

i) Auge.

Eine Krankheit der Zahnärzte. Von J. Stankovic.

Die Krankheit, welche Vf. beinahe bei vier Fünftel der untersuchten Kollegen konstatieren konnte, ist eine Alteration des rechten Auges: Auswärtsschielen, verminderte Lichtempfindlichkeit, etwas erhöhte Spannung des Bulbus, deutlich herabgesetzte Sehschärfe. Diese Alteration des rechten Auges ist besonders bei denjenigen Zahnärzten entwickelt, welche sich täglich mehrmals mit Goldfüllen beschäftigen. Den ganzen Symptomenkomplex bezeichnet Vf. als eine progressive Amblyopia ex anopsia, eine fortschreitende Erblindung infolge Nichtgebrauches des rechten Auges. Wie sich bei einem Schmied der rechte Arm besser entwickelt, ist bei dem Zahnarzt das linke Auge infolge der fortwährenden Uebung tauglicher als das rechte, welches infolge seiner Lage und der Nase wegen nicht so gut für feine Präzisionen geeignet ist. Dieser gewerbliche Strabismus entwickelt sich sehr langsam und tritt merklich erst bei jenen Herren auf, welche sich über zehn Jahre mit dem mühsamen Goldfüllen beschäftigen. Vf. hatte oft Gelegenheit, die untersuchten Kollegen durch diesen Befund zu überraschen, da sie selbst von der Inaktivität des rechten Auges gar nichts wußten. Zumeist genügt eine kurze Uebung und frühzeitige Prophylaxe, um das Uebel zu beseitigen. (Journ. f. Zahnheilk. Nr. 11, 1903.) R. Kronfeld.

k) Haut.

Ueber Quecksilberexantheme und Quecksilberidiosynkrasie. Von Dr. Egon Tomaszewski.

In dieser von seltener Literaturerkenntnis und scharfer Beobachtungsgabe zeigenden Abhandlung reflektiert Vf. auf einige äußerst interessante Fälle der Klinik Neisser, welche das morbillenähnliche Merkurialexanthem, sowie die Quecksilberdermatitis illustrieren. An der Hand dieser Wahrnehmungen, sowie der einschlägigen literarischen Mitteilungen, führte Vf. den Nachweis, daß die polymorphen Merkurialeruptionen, die sich bald unter dem Bilde von Scharlach, Masern, Erysipel, präsentieren oder — wie in seltenen Fällen — das Aussehen von Purpura haemorrhagica, Erythema multiform., Pemphigus etc. darbieten, von der Art der verwendeten Quecksilberverbindungen unabhängig sind und daß der Ort der Hg-Zuführung bis zu einem gewissen Grade gleichgiltig ist. Das Axiom, wonach die interne Darreichung niemals Exantheme provoziere, ist hinfällig geworden, seitdem Gaucherand, Morel-Lavallée, Engelmann u. a. bei dieser Anwendungsart Hautreaktionen verfolgen konnten. (Wir selbst haben flüchtige Erytheme und persistierende Dermatitiden bei der Verabreichung von Hg oxydulat. tannic. und grauen Pillen verfolgen können.) Den in der Erklärung abnormer Arzneireaktionen festgehaltenen Begriff der Idiosynkrasie, sondert Vf. in Bezug auf die Hg-Reaktionen in ebenso geschickter, wie auch übersichtlicher Weise nach den Organen, an welchen sich dieselben manifestieren. So kommt eine Scheidung der Fälle zustande, die entweder nur eine Beteiligung der Haut aufweisen, oder gleichzeitig mit Temperatursteigerung einhergehen, von Wahrnehmungen, bei welchen ausschließlich oder doch vornehmlich die Mundhöhle, der Magendarmkanal und die Niere auf das Hg abnorm reagieren. Als dritte Gruppe

Digitized by Google

schließen sich die seltener beobachteten Formen der akuten merkuriellen Polyneuritis an. Aehnliche, sich erst während der Quecksilberbehandlung einstellende Neuritiden, für welche daher der syphilotoxische Ursprung ausgeschlossen ist, möchte Vf. gleichfalls den auf Idiosynkrasie beruhenden Affektionen zuzählen, obwohl die Analyse des diesbezüglichen, kasuistischen Materials eher für die merkurotoxische Provenienz der Nervenalteration zu sprechen scheint.

Die frühzeitig selbst bei geringer Quecksilberzufuhr auftretende Erscheinung des intensiven Ptyalismus führt Vf., wie wir glauben, mit voller Berechtigung auf Idiosynkrasie zurück. In Berücksichtigung der Tierversuche Merings ist Vf. geneigt, die frühzeitig nach kleinen Hg-Mengen ohne begleitende Stomatitis auftretende Salivation auf die gesteigerte Empfindlichkeit bestimmter Drüsennerven (Chordafasern, Sympathikus?) zurückzuführen.

Was die Temperatursteigerung betrifft, so ist dieselbe isoliert, ohne gleichzeitige Hautausschläge und ohne gastro-intestinale Störungen, nur nach subkutanen Quecksilberinjektionen, und zwar nach solchen löslicher und unlöslicher Salze zu verfolgen. Ob die besonders günstigen Resorptionsverhältnisse bei subkutaner Hg-Darreichung für die hiebei so häufig und auch bei sonst wenig oder gar nicht empfindlichen Individuen auftretende Temperatursteigerung maßgebend sind, entzieht sich vorläufig der Entscheidung. Im übrigen pflegen sowohl Exantheme, als auch gastrointestinale Störungen oft mit Temperatursteigerung einherzugehen. Für all diese Fälle müßte eine abnorme Empfindlichkeit der wärmeregulierenden Zentren postuliert werden.

Wie sehr berechtigt es ist, die abnormen Hg-Reaktionen aus der Gruppe der Intoxikationen zu isolieren, geht schon daraus hervor, daß sich der Sitz der Idiosynkrasien keineswegs mit jenen Organen deckt, welche, wie die drüsigen Organe, Darm, Muskulatur, Lunge etc., die Hauptablagerungsstätten des zugeführten Quecksilbers bilden. Auch der Ansicht des Vf.s kann man nur vollauf beipflichten, daß die Idiosynkrasie eines Individuums unabhängig von der Applikationsart stets an dieselben Organe gebunden zu bleiben pflegt. Dies gilt sowohl für die Hg-Exantheme (Jadassohn, Lesser), wie auch für den Speichelfluß, die Darmstörungen und die Temperatursteigerung.

Die neuerdings von Rille und Herxheimer wieder beleuchtete „örtliche Reaktion" nach Hg-Zufuhr im Bereich der Exantheme, hat auch Vf. des genaueren verfolgt, gleichwie die provokatorische Wirkung der spezifischen Therapie am Schlusse der zweiten Inkubation. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 51, H. 5 u. 6.) N.

Zur Kenntnis der pemphigoiden Erythemato-Sklerosen. Von Dr. Ch. Audry.

Unter dieser nicht sehr glücklich gewählten Bezeichnung verbreitet Vf. die Kenntnis einer Erkrankungsart, welche sich ihrem Wesen nach als ein persistierendes, diskoides Erythem mit gleichzeitiger, von dem Erytheme unabhängiger Blasenbildung ansprechen läßt. Den Ausgangspunkt der Untersuchungen bildet die bei einem elfjährigen Kinde an den Armen, Ellbogen, Handrücken, Knien und Füßen verfolgte Läsion, deren histologische Charaktere, namentlich die fibröse Hyperplasie, in der Benennung Ausdruck erhalten. Die Scheiben waren Monate hindurch in unverändertem Zustand zu verfolgen, ab und zu traten an vorher stets normalen Stellen bohnen- bis haselnußgroße, teils mit hellem Serum gefüllte, teils sanguinolenten Inhalt aufweisende Blaseneruptionen zerstreut an verschiedenen Körperregionen auf. Der Befund läßt sich in der Gruppe der chronischen Erytheme unterbringen, die in dem Erythema elevatum diutinum die bestbekannte Type besitzen. Das Symptom der Blasenbildung stempelt die Beobachtung Vfs. immerhin zu einer bisher nicht geläufigen Varietät. — (Ann. de Derm. et de Syph., Febr. 1904.) N.

Digitized by Google

Ueber Schweißdrüsentumoren. Von Dr O. Klauber.

Der Fall eines Schweißdrüsenadenoms, das an der Prager chirurgischen Klinik (Prof. Wölfler) zur Operation kam, bot Vf. Gelegenheit, das interessante Kapitel der Schweißdrüsenneoplasen einer näheren Würdigung zu unterziehen. Ein 36jähriger Mann zeigte in linker Scheitelhöhe eine pilzförmig emporragende Geschwulst. Der mit der Haut verschiebliche, oberflächlich zerklüftete, borkenbedeckte Tumor wurde als Hautkarzinom oder maligne Degeneration eines Atheroms angesprochen. Exstirpation. Sekundäre Transplantation nach Thiersch, nach vorheriger Annäherung der Wundränder mittels Knopfnähten. Die exstirpierte Geschwulst wies im Durchschnitt zystischen Bau und körniges Gefüge auf. Im histologischen Bilde ließ sich der Ausgangspunkt der Neubildung in die Schweißdrüsen verlegen, die sowohl mit dem Drüsenkörper als auch mit dem Ausführungsgange an dem Prozesse beteiligt waren. Die papilläre Anordnung der gewucherten Gänge rechtfertigt die Bezeichnung Cystadenoma papilliferum. Wohl von embryonalen Anlagen ausgehend, scheint das Neoplasma, das nirgends den Charakter der Gutartigkeit verließ, doch erst im reiferen Alter zur Sprossung gelangt zu sein.

Die Wahrnehmung bildet eine wertvolle Ergänzung der Befunde, welche betreffs dieser Läsionsart nicht zu reichlich vorliegen. Bekanntlich haben in früherer Zeit die verschiedenartigsten Tumoren in dieser Gruppe Unterkunft gefunden. Doch mußte es sich bei genauerer Analyse herausstellen, daß dieselben bald Zystenhygrome, bald kapilläre Lymphangiome darstellten. Die der neueren Zeit angehörenden sicheren Fälle von Schweißdrüsentumoren hat Vf. unter Anführung der charakteristischen Merkmale zusammengestellt und entwirft ein anschauliches Bild der sich bald in Form von Adenomen, bald als Karzinome präsentierenden Neoplasmen. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. XLI, H. 2, 1904.) N.

Neue Arzneimittel und Rezeptformeln.

Tinctura Soldanellae composita wird in Frankreich als Abführmittel empfohlen. Sie besteht aus: 40 g Succus herbarum Soldanellae recens, 60 g Rad. Soldanellae, 20 g Rad. Bryoniae, 1000 g Spirit. 80%. Durch Mazeration zu bereiten. Der frisch gepreßte Saft des Krautes Calystegia Soldanella wird im Verein mit R. Bryonia und Fol. Digitalis in Pillenform empfohlen.

Serum antiarthriticum nach Gaube besteht aus: Kali chlorat. cryst. 19·25, Calc. chlorat. 7·5, Natr. chlorat. 2·75, Magnes. chlorat. 1·875, Calc. jodat. 0·625, Casein. pur. sic. 10, Aq. Laurocerasi 25 cm³. — Man reibt die Salze in einem Mörser mit dem Kasein zusammen, befeuchtet die Mischung mit wenig Wasser, läßt sie zwölf Stunden stehen, setzt Kirschlorbeerwasser hinzu und sterilisiert. — Dosis: 1—3 cm³ wöchentlich 1—3mal injiziert.

Adrenalin-Ersatz nach Mac Walter. 1. 5 g frische Nebennieren werden möglichst zerkleinert und 72 Stunden lang in einer Flüssigkeit aus Weingeist 1 g, Essigsäure (33%) 0·1, Glyzerin 1 g und destilliertem Wasser 3 g mazeriert, nachher ausgepreßt und filtriert. Die Lösung riecht pepsinartig und wurde anstatt einer 0·5%igen Adrenalinlösung verwendet. — 2. 10 g frische Nebennieren, 1 g Borsäure, 2 g Glyzerin, 6 g destilliertes Wasser, 2 g Weingeist, werden wie sub 1. behandelt, und die erhaltene Flüssigkeit soll 12 g betragen. Letztere ist besonders bei Nasenleiden angezeigt. — (Pharm. Post, 1904.)

Zur Inhalation bei Bronchitis:

Rp.	Balsam. peruv.	5·0
	Kreosoti	2·0
	Terebinth. venet.	6·0
	Tinct. eucalypti, Tinct. benzoës	āā 3·0
	Ol. terebinth.	20·0

D. S. Zur Inhalation.

Digitized by Google

Bei Dysmenorrhöe:

1. Rp. Tinct. viburn. prunifol.
Tinct. piscid. erythrin. } āā 10·0
Tinct. succini

D. S. Halbstündlich zwanzig Tropfen zu nehmen.

2. Rp. Ammon. acetic. 30·0
Tinct. piscid. erythrin.
Tinct. burs. pastor. } āā 10·0
Tinct. pulsatillae

D. S. Dreimal täglich zwei Kaffeelöffel voll in Zuckerwasser zu nehmen.

3. Rp. Tinct. cinnamon.
Tinct. burs. pastor. } āā 25·0
Tinct. pulsatill.
Tinct. cannab. ind. 3·0
Tinct. piscid. erythrin. 10·0
Tinct. aconiti 5·0

D. S. Dreimal täglich zwei Kaffeelöffel voll in Zuckerwasser zu nehmen.

4. Rp. Berberini sulfur. solub. 1·0
Tinct. hydrast. canad. 10·0
Syr. cinnamom. 20·0

D. S. Dreistündlich fünfundzwanzig Tropfen zu nehmen.

Bücher-Anzeigen.*)

Ausgewählte Kapitel der klinischen Symptomatologie und Diagnostik. Von Hofrat Prof. Dr. Edmund Neusser in Wien. 1. Heft: Bradykardie—Tachykardie. Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller. 1904.

Nicht breite theoretische Auseinandersetzung über Wesen und Genesis der einzelnen Symptome soll in diesen Vorlesungen geboten werden, sondern es ist die Absicht des Autors, die aus Physiologie und klinischem Studium hervorgegangenen Gesetze der Erscheinungen in ihrer Bedeutung für Diagnose, Prognose und Therapie an der Hand lebendiger Erfahrung dem Leser vorzuführen. Er illustriert die Gesetze der Physiologie mit klinischen Belegen und deutet den klinischen Tatbestand aus den gewonnenen Lehren, so daß also der Gegenstand nach zwei Seiten, in entgegengesetztem Gedankenwege beleuchtet wird und dadurch die Darstellung die so künstlerische Plastik gewinnt, die allen Arbeiten Neussers eigen ist. Imponiert dem Leser vor allem das so reiche Beobachtungsmaterial, der scharfe klinische Blick, der die Erscheinungen einheitlich zusammenfassende Geist, so staunt man bei eingehenderem Studium noch mehr über den Umfang physiopathologischen Wissens, die enorme Belesenheit, über welche der Autor verfügt, die sich gleichsam zwischen den Zeilen unaufdringlich bemerkbar macht, sowie über die einzig geistvolle Art der Verknüpfung von Theorie und Praxis. Und gerade für Aufgaben praktischer Natur erscheint Ns. Darstellung berechnet, indem er sich bemüht, durch die Deutung des einzelnen Phänomens der Brady- oder Tachykardie eine Handhabe zur Lösung der klinischen Hauptfragen, der Diagnose und Therapie zu gewinnen. Um nur ein Beispiel zu geben, sei auf den konsequent durchgeführten Versuch hingewiesen, die verschiedenen Bazillosen aus den Erscheinungen am Zirkulationsapparate zu erkennen, die Pneumokokkien, Streptokokkien etc. zu differenzieren, ein Ziel von höchster prognostischer Bedeutung. Es ist hier nicht der Ort, die einzelnen berührten klinischen Fragen meritorisch zu besprechen. Dies scheitert schon allein daran, daß N. in den Raum eines Absatzes, oft auch einer Zeile, eine solche Fülle von Beobachtung und klinischem Denken eng zusammendrängt, daß beinahe das Gesamtgebiet der inneren Medizin darin zur Sprache gelangt. Trotzdem weicht N. niemals von seinem Ziele ab, die praktische Verwertung der gewonnenen Erkenntnis dem Leser zu ermöglichen. Die beiden Vorlesungen bilden dadurch eine Fundgrube von diagnostischen und prognostischen Winken, die selbst aus dem reichsten Beobachtungsmaterial nur ein klinischer Geist, wie N. ihn offenbart, abstrahieren konnte. Ns. klinisches Kunstwerk ist jedem Arzte zu Genuß und Vorteil als eingehendes Studium zu empfehlen. E. S.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. Von Dr. Hermann Lenhartz. Vierte wesentlich umgearbeitete Auflage. Berlin 1904. Julius Springer. 377 Seiten, zahlreiche Textfiguren und drei farbige Tafeln.

Das Werkchen will in handlicher Form, auf möglichst engem Raume dem Arzt als Führer bei diagnostischen Untersuchungen an die Hand gehen und beschränkt sich deshalb auf das wirklich festgestellte, ohne sich in Literaturzitate und Streitfragen einzulassen. Es wurden mit hinreichender Ausführlichkeit alle Untersuchungsmethoden besprochen, die Resultate derselben, wo irgend möglich, mit Zeichnungen illustriert. Es werden die Untersuchung auf Bakterien und andere Parasiten, die Untersuchung des Blutes, Auswurfes, Magen- und Darmentleerungen, Harn- und Punktionsflüssigkeit in prägnanter Weise dargestellt, daß es dem weniger Geübten ein leichtes ist, mit Hilfe des kleinen Werkes sich in den Gegenstand einzuarbeiten oder in einzelnen Fällen sich Rat zu holen. Die fast durchwegs originalen Abbildungen und die sehr schön ausgeführten Farbentafeln unterstützen des Autors Absicht aufs beste. Die Ausstattung ist sehr schön, der Preis niedrig.

E. S.

Neue Forschungen über den Marquis de Sade und seine Zeit. Mit besonderer Berücksichtigung der Sexualphilosophie de Sades auf Grund des neuentdeckten Originalmanuskriptes seines Hauptwerkes „Die 120 Tage von Sodom". Mit mehreren, bisher unveröffentlichten Briefen und Fragmenten. Von Dr. Eugen Dühnen. Berlin 1904. Verlag von Max Harrwitz. 488 S. Lex.

Vorliegendes neue Werk von recte Dr. Iwan Bloch, dem Berliner Professor der Geschichte der Medizin Pagel gewidmet, ist nicht nur für den Kulturhistoriker, sondern auch für den Mediziner, welcher für die allgemeine Geschichte der Menschheit Interesse besitzt, von Wert. Die Abschnitte Sittengeschichte Frankreichs im XVIII. Jahrhundert", sowie „Meine Forschungen über den Marquis de Sade" bieten insbesondere dem Arzt, welcher sich mit Forschungen auf dem Gebiete der Sexualpathologie beschäftigt, allerlei neue Einblicke in die Psychopathia sexualis.

Brieger, Berlin.

Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege, mit besonderer Berücksichtigung der Hautkrankheiten als Teilerscheinungen. Von Dr. Gottfried Trautmann. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1903.

Der originelle Gesichtspunkt — die formenähnlichen Mundhöhlenläsionen der differentialdiagnostischen Analyse zu unterziehen — hat der Fachliteratur in der Arbeit Trautmanns eine Leistung von eminent praktischem Werte zugeführt. Es genügt vollauf nur an die Schwierigkeiten zu erinnern, welche sich der richtigen Erkenntnis, ausschließlich an der Schleimhaut lokalisierter Varianten von Dermatosen entgegenstellen, um den Nutzen einer Zusammenstellung zu illustrieren, die nicht nur in seltener Vollständigkeit die der Gesamtliteratur entlehnten Belege in organischer Fügung aneinander gliedert, sondern auch in einer reichen Symptomatologie alle klinischen Kriterien vereinigt, die der Schleimhautdiagnostik dienlich sein können.

Die besondere Hervorhebung aller Merkmale, welche die Trennung der papulösen, blasigen, herpetischen, atrophischen und ulzerösen Exanthome ermöglichen, ist in dieser Studie mit der gleichen minutiösen Akkuratesse durchgeführt, als die Beschreibung und Erläuterung all jener Momente, welche die schwierige Agnoszierung der polymorphen, buccalen Syphilisformen erleichtern können.

Der alltäglich in die peinliche Lage versetzte Arzt, über die Natur von Zungen- und Schleimhautläsionen ein definitives Urteil abgeben zu müssen, wird in den hier gebotenen verläßlichen Fingerzeigen und Direktiven die beste Beratung finden und auch ohne spezialistische Ausbildung, groben diagnostischen Irrtümern begegnen können. Fachleute wieder, denen es obliegt die Differenzierung bis in die feinsten Komponenten fortzusetzen, erhalten in Trautmanns Leistung einen Behelf, der sie bei einschlägigen Studien vieler Mühe überheben wird.

N.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Zur Diagnostik und Therapie des Speiseröhrenkrebses.

Von Dozent Dr. **Emil Schütz** in Wien.

Das bis vor kurzem recht vernachlässigte Gebiet der Speiseröhrenerkrankungen erfreut sich in neuerer Zeit einer immer gesteigerten Aufmerksamkeit seitens der klinischen Forschung. Hiedurch ist die Kenntnis einer Anzahl von Erkrankungen dieses Organs, sowie auch die Therapie derselben nicht unwesentlich gefördert worden. In erster Linie betrifft dies eine Reihe von bis dahin nur wenig gekannter und als äußerst selten angesehener Krankheitsprozesse — die Divertikel, die diffusen Erweiterungen, sowie die spastischen Zustände der Speiseröhre. Aber auch in Bezug auf die häufigste Erkrankungsform derselben, das Karzinom, bei welchem durch Jahrzehnte in klinischer Hinsicht nahezu ein Stillstand zu verzeichnen war, sind unsere Kenntnisse erweitert, die Hilfsmittel für die Diagnostik verbessert und vermehrt worden, und auch unsere Anschauungen betreffs der Therapie haben in mancher Hinsicht einen Umschwung erfahren. Wohl sind wir heute ebensowenig wie früher in der Lage, den Ausgang dieser trostlosesten aller Erkrankungen abzuwenden, allein wir stehen nicht mehr auf dem Standpunkte, es sei am geratensten, dieselbe als ein Noli me tangere zu betrachten und den unglücklichen Kranken nebst einigen diätetischen Verordnungen, die wir ihm mit auf den Weg geben, einfach seinem traurigen Schicksal zu überlassen; wir haben vielmehr die Ueberzeugung gewonnen, daß wir, wenn auch seiner Erkrankung, doch nicht seinen Leiden machtlos gegenüberstehen und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Mittel und Wege besitzen, diese zu verringern und zuweilen auch zur Verlängerung seines Lebens beizutragen.

Einen Teil dieser Erfolge verdanken wir wohl unstreitig der Einführung der Oesophagoskopie. Dieses Verfahren hat für die Diagnose des Oesophaguskarzinoms den entschiedenen Vorteil, daß diese ohne längere Beobachtung des Kranken möglich ist, während sie sonst oft nur nach einer längeren Beobachtungszeit mit absoluter Sicherheit zu stellen ist. Durch die Oesophagoskopie sind wir in den Stand gesetzt, die karzinomatöse Erkrankung in ihren Anfangsstadien zu erkennen und dürfen hieran die Hoffnung knüpfen, daß es mit der Zeit gelingen werde, durch eine frühzeitig eingeleitete Behandlung nicht nur, wie bisher, vorübergehend günstige Resultate zu erzielen; denn es ist keineswegs ausgeschlossen, daß es unter solchen Umständen in Zukunft möglich sein wird, „wenigstens an bestimmten Stellen durch Entfernung der Neubildung ähnliche Erfolge zu erreichen wie dies bei manchen gleichartigen Prozessen an anderen Stellen des Verdauungsschlauches gegenwärtig der Fall ist.“ (v. Hacker.[1])

Es soll nicht meine Aufgabe sein, die bisherigen Ergebnisse der Oesophagoskopie beim Krebs hier näher auseinanderzusetzen; hierüber geben eine Anzahl von Arbeiten, namentlich jene von v. Hacker,[1]) Rosenheim[2]) und Gottstein,[3]) genügend Aufschluß; ich möchte nur auf die in allerjüngster Zeit von Starck[4]) herrührende übersichtliche Darstellung der diesbezüglichen Befunde hinweisen. Dieser Autor betont, daß wenn auch die Deutung ösophagoskopischer Befunde im allgemeinen Schwierigkeiten unterworfen ist und eine große Uebung an reichlichem Material erfordert, das Karzinom im Oesophagoskop kaum übersehen werden kann; er faßt die bei letzterem öso-

Digitized by Google

phagoskopisch nachzuweisenden Veränderungen folgendermaßen zusammen: „Verfärbung der Schleimhaut, Blutung beim Betupfen mit Watte, Fehlen der respiratorischen Verschieblichkeit, Ulzeration oder plattenförmige Infiltration, später Prominenz in das Lumen und damit dauernde Veränderung der üblichen Lumengestalt, Verjauchung an der ovalen Fläche sind Kennzeichen, welche mit ziemlicher Sicherheit auf Karzinom schließen lassen." Selbstverständlich sind mit dieser Aufzählung nicht alle die zahlreichen und mannigfaltigen Variationen, unter denen sich das Karzinom im ösophagoskopischen Bilde präsentieren kann, abgetan, nur die häufigsten und wesentlichsten Veränderungen werden hiemit treffend charakterisiert. In zweifelhaften Fällen sind nebstdem, wie von verschiedenen Seiten hervorgehoben wird, Probeexzisionen leicht und gefahrlos auszuführen.

Da ich erst seit verhältnismäßig kurzer Zeit in der Lage bin, meine Patienten selbst ösophagoskopisch zu untersuchen, so fehlt es mir diesbezüglich an ausgedehnter Erfahrung; trotzdem möchte ich in Bezug auf die Technik dieser Methode hervorheben, daß ich den Eindruck gewonnen habe, daß die Einführung des Oesophagoskops (ich benütze ausschließlich gestreckte Tuben) in sitzender Position des Kranken leichter von statten geht und diesem, ebenso wie die Untersuchung in der gleichen Haltung, weniger unangenehm ist, als bei Seiten- oder Rückenlage mit herabhängendem Kopfe; deshalb dürfte namentlich dort, wo nicht viel Sekret oder sonstige stagnierende Massen das Gesichtsfeld verdecken, in welchem Falle die Rückenlage mit erhöhtem Oberkörper behufs Abfließens der angesammelten Flüssigkeit vorzuziehen ist, die oben genannte Position im allgemeinen geeigneter erscheinen und namentlich zur raschen Orientierung besser dienen; auch wird durch Untersuchung im nüchternen Zustand des Patienten die Ueberschwemmung des Gesichtsfeldes sich oft vermeiden lassen. Auch konnte ich mich überzeugen, daß die Einführung des Oesophagoskops selbst bei stark herabgekommenen Karzinomkranken, sobald dieselben an die Einführung der Sonde gewöhnt waren, sehr oft ganz anstandslos ohne vorhergängige Kokaïnisierung gelingt, und die Kranken auch ohne eine solche hiebei, sowie während der Untersuchung nicht stärker reagieren, als nach Kokaïnapplikation, welche, wenn sie in so ausgedehnter Weise vorgenommen wird, wie die gewöhnliche Vorschrift lautet, nicht selten unangenehme Begleiterscheinungen zur Folge hat. Ich führe alle diese Momente an, weil ich glaube, daß die Beachtung derselben nicht bloß die Unannehmlichkeiten für den Kranken während und nach der Untersuchung zu verringern vermag, sondern auch zur Vereinfachung dieser wichtigen Methode und somit zu deren Weiterverbreitung beitragen dürfte.

Vorläufig ist jedoch dieses Verfahren nicht überall anwendbar und auch nicht jedermann zugänglich; in der Praxis ist man daher auf solche diagnostische Hilfsmittel und Methoden angewiesen, über die jeder Arzt zu verfügen vermag und welche für die Mehrzahl der Fälle auch ausreichen.

Ueber die in dieser Beziehung empfehlenswertesten Methoden, sowie über eine Reihe von therapeutischen Maßnahmen, die ich zum Teil an mehr als 100 im Laufe mehrerer Jahre beobachteten Fällen erprobt habe, sollen die folgenden Zeilen berichten. Hieher rechne ich nur jene Fälle, bei denen die Diagnose durch die längere Beobachtung mit Sicherheit gestellt werden konnte; in einer verhältnismäßig geringen Anzahl wurde auch der ösophagoskopische Nachweis geliefert.

Unter diesen (rund genommen 100) Fällen war der Sitz der Neubildung zehnmal im oberen, 33mal im mittleren und 57mal im unteren Drittel der Speiseröhre. Diese Ziffern entsprechen so ziemlich dem von Kraus[5]) an einem Material von 857 Fällen konstatierten Verhältnisse; unter diesen war in 158 Fällen das obere, in 302 das mittlere und in 397 das untere Drittel ergriffen.

Als höchster Punkt (von den Zahnreihen gemessen) war in meinen Fällen das Maß von 18 cm, als tiefste Stelle jene von 47 cm nachzuweisen; am häufigsten (62mal) war eine Distanz von 38—42 cm

Digitized by Google

verzeichnet; es erschien somit die unterste Partie der Oesophagus — Kardia oder unmittelbare Nähe derselben — die bevorzugteste. Von Hacker[1]) fand bei 131 von ihm ösophagoskopisch untersuchten Fällen 65mal Hiatus und Kardia, 53mal die Gegend der Bifurkation und 13mal den Halsteil befallen. Dieses häufige Vorkommen tiefsitzender Erkrankungen verdient besonders vom praktischen Standpunkte besonders betont zu werden, aus Gründen, auf die ich noch später zurückkommen werde.

Die am häufigsten betroffene Altersstufe unter meinen 100 Fällen war jene zwischen 50 und 60 Jahren (50 Fälle); dann folgten der Reihe nach die zwischen 60 bis 70 Jahren (24), 40 bis 50 (18), über 70 (6), 30 bis 40 (2); das älteste Individuum war 76, das jüngste 31 Jahre alt; im letzteren Falle wurde die Diagnose ösophagoskopisch bestätigt; es handelte sich um eine weibliche Person; sonst waren unter den 100 Fällen nur noch vier Personen weiblichen Geschlechtes zu verzeichnen. Endlich möchte ich in ätiologischer Hinsicht hervorheben, daß in 41 Fällen mit Sicherheit Alkoholmißbrauch eruiert wurde; Lues dagegen nur in vereinzelten Fällen.

Da das Oesophaguskarzinom am häufigsten und meist schon in den frühesten Stadien Erscheinungen einer Stenose hervorruft, so wird für die Diagnose desselben in erster Linie die Konstatierung einer solchen in Betracht zu ziehen sein, zu welchem Behufe man sich der Sondierung mittels Bougies, unter denen die englischen die gebräuchlichsten sind, jetzt wie früher bedient. In jenen seltenen Fällen, wo trotz bestehender Schlingstörung selbst mittels Sonden stärksten Kalibers eine Stenose nicht deutlich nachweisbar ist, wie dies zuweilen in den Anfangsstadien der Erkrankung oder bei stark vorgeschrittenem Prozesse infolge Zerfalles der Neubildung der Fall sein kann, werden, falls eine ösophagoskopische Untersuchung unmöglich ist, noch andere Symptome in Betracht zu ziehen sein, welche zur Stütze der Diagnose dienen. Hieher gehören vor allem das Fühlen von Unebenheiten an bestimmten Stellen des Oesophaguslumens bei der Sondierung, das Heraufwürgen blutig gefärbten Inhaltes, insbesondere nach vorsichtig vorgenommener Sondierung, sowie auch schmerzhafte Empfindungen beim Passieren der Sonde an gewissen Partien. Diese Symptome verdienen besondere Berücksichtigung auch dann, wenn die Sonde auf ein Hindernis stößt; ohne die genannten Zeichen muß man bei Konstatierung einer Stenose mit der Diagnose Karzinom recht vorsichtig sein, selbst wenn andere Zeichen — Alter, hochgradige Abmagerung — dafür zu sprechen scheinen, wie nachfolgender, vor einiger Zeit von mir beobachteter Fall beweist.

Eine 42jährige Frau leidet seit zirka zwei Monaten an Schlingstörungen, darin bestehend, daß feste Bissen an einer, nach Angabe der Kranken, etwa der Mitte des Sternum entsprechenden Stelle stecken bleiben, während Flüssigkeiten meist ungehindert passieren, zuweilen jedoch auch nur unter stärkerem Pressen in den Magen gelangen. Die Kranke ist aufs äußerste abgemagert. Starke Sonden bleiben 34 cm hinter den Zahnreihen stecken, dünnste passieren unter leichtem Widerstand. Nirgends eine Unebenheit zu fühlen, keine blutige Tinktion der regurgitierten Massen, kein Schmerzgefühl bei Einführung der Sonde. Therapie: flüssige Nahrung, Bougierung. Bei täglicher Sondeneinführung gelingt es mit der Zeit mit immer stärkeren Bougies durch die Stenose zu dringen und nach mehrwöchentlicher Behandlung ist keine Spur von einer Stenose mehr nachzuweisen. Das Schlucken geht ungehindert vor sich und Patientin hat an Gewicht bedeutend zugenommen. Nach einem halben Jahre konnte ich mich von dem vollkommenen Wohlbefinden der Patientin und ihrem blühenden Aussehen überzeugen und sind seit ihrer Entlassung aus der Behandlung keinerlei Beschwerden mehr aufgetreten.

In diesem Falle handelte es sich offenbar um eine spastische Oesophagusstenose.

Betreffs der Sondierungstechnik möchte ich folgendes bemerken: Von mehreren Seiten wird empfohlen, bei Verdacht auf eine Striktur zunächst behufs Orientierung einen weichen Magenschlauch zu benützen, um Verletzungen oder gar eine Perforation, wie sie mittels einer steifen Sonde erzeugt werden könnten, zu vermeiden und weiter auch, um durch Besich-

Digitized by Google

tigung etwa in den Sondenfenstern haften gebliebener Teilchen oder in das Sondenlumen hineingelangter Substanzen nähere diagnostische Anhaltspunkte zu gewinnen. Diesem Vorschlage kann ich auf Grund meiner Erfahrungen aus nachfolgenden Gründen nicht beistimmen: Jeder, der viel mit dem Magenschlauch manipuliert, weiß, daß auch unter normalen Verhältnissen, nachdem der Schlauch in den Anfangsteil des Oesophagus gelangt ist, das weitere Hinabrücken nicht immer glatt von statten geht, sondern daß es zuweilen eines wiederholten kräftigeren Druckes bedarf, um den Schlauch bis in den Magen zu führen, an welchem Umstand nicht bloß das Zusammenpressen desselben mit den Zähnen während des Schluckens, sondern auch öfters ein reflektorischer Schlundkrampf schuld tragen dürfte. So kann es in einem derartigen Falle leicht vorkommen, daß bei Vorhandensein einer karzinomatösen Stenose ein solcher Versuch, den Schlauch vorzuschieben, leicht Schaden stiften könnte, umsomehr, als bei den am meisten gebräuchlichen unten geschlossenen Schläuchen das untere Ende eine solide Masse von beträchtlicher Konsistenz darstellt; so habe ich trotz aller Vorsicht bei der diagnostischen Sondierung von karzinomatösen Stenosen mittels der Gummisonde wiederholt eine, wenn auch unerhebliche Blutung beobachtet, welcher Umstand mich bestimmt hat, seither sofort die Prüfung mit der steifen Sonde vorzunehmen, welche man besser in seiner Gewalt hat und mittels der man den Grad des Widerstands leichter abzuschätzen vermag als mit dem Schlauche; stößt man mit jener auf einen merklichen Widerstand, dann kann man nach Abmessung des eingeführten Stückes ein anderesmal einen weichen Schlauch bis zu einer vorher in entsprechender Höhe angebrachten Marke einführen und sich somit auch der oben angeführten, auf diese Weise zu erlangenden diagnostischen Vorteile bedienen.. Durch die starke Austrocknung der Gewebe, welche bei an karzinomatöser Oesophagusstriktur leidenden Kranken nach einiger Zeit regelmäßig eintritt, wird die Schlüpfrigkeit der Pharynx- und Oesophagusschleimhaut stark beeinträchtigt, weshalb eine ausgiebige Benetzung der einzuführenden Sonde erforderlich ist; hiezu eignet sich Vaseline wegen ihrer zähen Beschaffenheit am wenigsten; ich verwende daher ausschließlich frisches Olivenöl. Krönig[6]) empfiehlt, das von ihm bei Sondierung von Aetzstrikturen erprobte Verfahren auch bei karzinomatösen Prozessen anzuwenden, welches darin besteht, daß nach dem Vorgang von Ultzmann beim Katheterismus der Harnröhre die Sondierung der Speiseröhre im Oelbad vorgenommen wird, zu welchem Zwecke er durch einen Nelatonkatheter eine Quantität warmen Oels in die letztere einspritzen läßt. Ich habe diese präparatorische Oelinjektion wiederholt mit Erfolg bei karzinomatösen Strikturen erprobt, dieselbe aber bald wieder verlassen, nachdem ich mich überzeugt hatte, daß ein Schluck frischen Olivenöls, welchen der Kranke unmittelbar vor jeder Sondierung nimmt, obigen Zweck vollkommen und in viel einfacherer, den Kranken nicht belästigender Weise — sie nehmen das Oel fast ausnahmslos ohne Widerwillen — erfüllt.

Nebst den englischen Bougies bediene ich mich in neuerer Zeit mit Vorliebe einer jüngst von Starck[7]) empfohlenen Sonde. Sie besteht aus einem Schaft von feinstem englischen Bougie, in dessen Höhlung eine kräftige Drahtspirale läuft. Diese, ebensowie ein in ihrer Seele liegender Eisendraht ist oben mit einem flachen Griff, unten mit einem kleinen, ein Gewinde tragenden Metallansatzstück vernietet. Für dieses Schraubengewinde passen eine Reihe von olivenförmigen geraden und gekrümmten Metallansatzstücken, die verschiedenen Umfang besitzen; die geraden — 6 an der Zahl — besitzen einen Umfang von 5, 6, 7, 8 und 9 mm. Die Länge der Sonde inklusive der Ansatzstücke beträgt 55 cm; bei 40, 45 und 50 befindet sich eine Markierung (s. Fig. 1 und 2).

Eine ähnliche Sonde mit olivenförmigen Ansätzen verschiedenen Kalibers ist schon seit langer Zeit unter dem Namen Trousseau'sche Dilatationssonde im Gebrauch; doch besitzt die Starck'sche

Digitized by Google

Sonde dieser gegenüber große Vorteile. Zunächst ist der Fischbeinstab, welcher bei ersterer die Ansätze trägt, infolge seiner Elastizität nicht so leicht zu dirigieren wie der Starck'sche Führungsstab, mittels welchem innerhalb der Speiseröhre leicht seitliche Exkursionen zum Aufsuchen des Lumens vorgenommen werden können; außerdem kann der letzteren eine beliebige Krümmung verliehen werden. Gegenüber den gewöhnlichen englischen Bougies zeichnet sie sich ferner

Fig. 1 (nach Starck).

dadurch aus, daß sie trotz ihrem geringen Durchmesser (5 mm) selbst bei langem Gebrauche nicht bricht und auch bei längerem Verweilen im Oesophagus nicht weich wird, wodurch das Entrieren einer Stenose besser gelingt. Die Ansatzstücke der Starck'schen Sonde haben auch eine zweckmäßigere Form als jene der Trousseau'schen Sonde, nämlich die Gestalt einer gestreckten Olive; sie beginnen dünn, verstärken sich allmählich, um rasch wieder abzuschwellen, erscheinen hiedurch zum Entrieren einer Stenose, als auch zum Entfernen aus derselben besonders geeignet.

Auch der Umstand, daß diese Ansätze aus Metall verfertigt sind, während die Trousseau'schen Oliven aus Elfenbein bestehen, scheint mir ein nicht unwesentlicher Vorzug, da erstere schon infolge ihres Gewichtes leichter hinabgleiten, ähnlich wie die zu diesem Zwecke von Bouchard konstruierten Sonden mit zentraler Bleifüllung. Die Einführung dieser Sonde ist leicht, wie es scheint noch einfacher als jene der englischen Bougies; nach meiner Erfahrung gelingt es nicht selten, mit Hilfe derselben eine Stenose leichter zu überwinden, als mittels der gewönlichen Sonden, und zuweilen glückte es mir dort, wo ich mit dünnen Bougies nicht zum Ziele gelangte, selbst mit der stärksten Starck'schen Olive ohne Schwierigkeit durchzukommen. Vor der Einführung gebrauche ich stets die Vorsicht, die Metallansätze zu erwärmen, da die Einführung derselben sonst leicht vom Kranken unangenehm empfunden wird und auch Schlundkrämpfe ausgelöst werden können, welche die Sondierung erschweren.

Aus den angeführten Gründen möchte ich die Starck'sche auch der sonst ganz geeigneten Crawcourt'schen Sonde vorziehen, deren Anwendung in neuerer Zeit insbesondere von Rosenheim empfohlen wird. Dieselbe ist aus gewalztem Blech hergestellt, das in Spiralen geschnitten wird, aus deren Windungen der 40 cm lange biegsame Teil besteht; unten endigt sie in einen Knopf, oben in einen 10 cm langen soliden Stahlgriff; auch diese Sonde zeichnet sich durch ihre große Biegsamkeit bei genügender Steifheit aus und wird in allen in Betracht kommenden Stärken angefertigt.

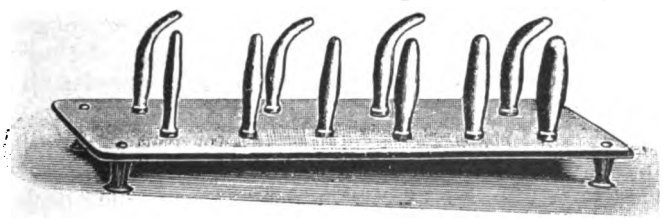


Fig. 2 (nach Starck).

Die oben erwähnte Starck'sche Sonde läßt sich ferner auch als Divertikelsonde benützen und in dieser Form nicht nur zur Diagnose eines Oesophagusdivertikels, sondern auch unter Umständen für die

Digitized by Google

Entrierung einer Stenose, insbesondere aber auch zur Erkennung einer karzinomatösen Erkrankung zweckmäßig verwenden. Bei dieser letzten Erkrankung zeigt das Lumen des Oesophagus an der stenosierten Stelle bekanntlich häufig infolge ungleichmäßigen Wachstums der einzelnen Partien der Neubildung eine exzentrische Lage, bezw. einen spiraligen Verlauf; ein Verhalten, das besonders beim Kardiakarzinom beobachtet wird. Es ist begreiflich, daß solche Lumenverhältnisse die Sondierung erschweren, nicht selten unmöglich machen, und sicherlich auch oft die Ursache sind, daß dort, wo nachweislich noch Flüssigkeiten nach abwärts gelangen, jegliche Sondierungsversuche mißlingen. Die Kenntnis dieser Tatsache hat schon vor längerer Zeit zu Versuchen Veranlassung gegeben, in schwierigen Fällen mittels sogenannter Divertikelsonden die Passage aufzusuchen. Diese Sonden sind, wie bekannt, nach Art der Mercierkatheter gebaut, d. h. ihr unteres Ende ist in einem beliebigen Winkel abgebogen. Eine der kompliziertesten unter diesen ist die sogenannte Leube-Zenker'sche Divertikelsonde; bei höher gelegenen Erkrankungen hat man sich eines gewöhnlichen Metallkatheters (Berkhahn) oder eines einfachen Mercierkatheters bedient; andere halfen sich damit, daß sie einen Magenschlauch oder Nelatonkatheter mit einem Bleimandrin armierten und dessen Ende eine beliebige Krümmung gaben. (Starck.[8])

Unter allen in neuerer Zeit angegebenen Instrumenten eignet sich für die Untersuchung karzinomatöser Erkrankungen wohl am besten die jüngst von letztem Autor angegebene Divertikelsonde. Diese besteht darin, daß gekrümmte Metallansätze an dem früher beschriebenen Führungsstab von Starck angeschraubt werden; die Ansätze zeigen proximal von der Krümmung, ähnlich wie die früher beschriebenen geraden Ansätze, eine olivenförmige Anschwellung; sie sind in verschiedener Stärke vorhanden (zu jeder Sonde passen vier Nummern, deren größter Umfang 4, 5, 6 und 7 mm beträgt) und stehen, wenn sie fest angeschraubt sind, mit ihrer Krümmungsebene fast senkrecht auf der besonders markierten Fläche des Griffes, so daß man bei eingeführter Sonde an der Lage des letzteren stets erkennen kann, nach welcher Seite das Sondenende blickt. *)

Diese gekrümmten Ansätze besitzen gegenüber den geraden den Vorteil, daß, während die letzteren konzentrisch im Oesophaguslumen gleiten, das abgebogene Ende der ersteren sich stets in exzentrischer Richtung abwärts bewegt, daher bei der Einführung stets die Wandung berührt, und zwar an kleiner umschriebener Stelle; es gelingt somit, die Wandung der Speiseröhre nach allen Richtungen hin genau abzutasten. Man kann ferner auf diese Weise feststellen, in welchem Quadranten ein Tumor sitzt, man kann wandständige, höckerige und buchtige Tumoren ohne Schwierigkeit passieren, auch in Fällen, wo gerade Sonden kleinsten Kalibers hängen bleiben; man ist endlich imstande, die Längsausdehnung eines Tumors oder einer Stenose mit Leichtigkeit zu messen. Starck berichtet, daß er diese Sonde in vielen Fällen von Karzinom erprobt und mitunter auch Gelegenheit gefunden habe, die exakte Diagnose, besonders was Ausdehnung und Sitz des Tumors in der Zirkumferenz der Wandung betraf, im Oesophagoskop bestätigt zu sehen. Einigemale gelang es Starck, auch Stenosen, die er lange Zeit vergeblich mit geraden Sonden untersucht hatte, auf diese Weise zu überwinden. Auch bei der Diagnostik anderweitiger Krankheitsprozesse der Speiseröhre leistet die Divertikelsonde nach seiner Erfahrung gute Dienste, sie läßt sich auch, wie später ausgeführt werden wird, mit Vorteil für therapeutische Zwecke verwerten.

Die Handhabung dieser Divertikelsonde geschieht in der Weise, daß das abgebogene Ende vor der Einführung quergestellt wird, um nicht in die Trachea zu gelangen. Bei der Abtastung der Speise-

*) **Zur bequemen Benützung sind diese vier krummen Ansätze nebst den sechs geraden auf einer kleinen Metallplatte angeschraubt (s. Fig. 2), auf welcher die Umfänge der Oliven in Millimetern und auch die Nummern nach der französischen Skala angegeben sind.**

Digitized by Google

röhre, bezw. beim Versuch, in die Striktur zu gelangen, wird die Sonde mittels des Griffes innerhalb des Oesophagus nach rechts gedreht, auf kurze Strecken zurückgezogen und wieder vorgeschoben, dabei stets kleine Drehungen vorgenommen; die Drehung muß stets nach rechts geschehen, um das Endstück nicht abzuschrauben, was übrigens kaum zu befürchten ist, da die Schraube fest sitzt und acht Umdrehungen nötig wären, um den Ansatz frei zu machen. An der Stellung des gerieften flachen Griffes kann man stets erkennen, nach welcher Richtung die Spitze sieht.

Allerdings geht die Einführung dieser Divertikelsonde nicht bei jedem Kranken so anstandslos vor sich, wie Starck behauptet, denn das abgebogene Stück fängt sicht leicht in den Schleimhautfalten des Pharynx und am Eingang in den Oesophagus, und es bedarf bei manchen Kranken nicht selten eines wiederholten Ansetzens der Sonde, um in die Speiseröhre zu gelangen, wodurch dem Kranken Schmerzen verursacht werden, die zuweilen mehr als 24 Stunden andauern; jedenfalls erfordert es große Uebung, um diese Schwierigkeiten zu überwinden. Ich habe aus diesem Grunde Ansatzstücke anfertigen lassen, bei denen der Krümmungswinkel ein stumpferer ist und das abgebogene Ende kürzer als bei den Starckschen Ansätzen; mit denselben wird der gleiche Zweck erreicht und ihre Einführung gelingt leichter. Auch ich konnte mich, gleich Starck, überzeugen, daß es in Fällen, wo gerade Sonden dünnsten Kalibers nicht mehr passierten, mittels der Divertikelsonde gelang, das Hindernis zu überwinden, ja ich kann sagen, daß, seitdem ich mich dieser Sonde bei Untersuchung karzinomatöser Stenosen bediene, die Sondierung in keinem dieser Fälle mißglückte, während ich früher durchaus nicht selten „impermeablen" Stenosen begegnete. Auf Grund dieser Erfahrungen verdient die Starck'sche Sonde als ein ausgezeichnetes Hilfsmittel für die Diagnostik der Speiseröhrenerkrankungen bezeichnet zu werden.

Betreffs der Symptomatologie möchte ich zunächst darauf hinweisen, daß die karzinomatöse Erkrankung der Speiseröhre, wie bereits erwähnt, durchaus nicht immer eine Stenose erzeugt, ebenso wie auch Schlingbeschwerden zuweilen fehlen können. Mangel einer nachweisbaren Stenose findet sich bekanntlich nicht selten im Anfangsstadium der Erkrankung, sowie im Spätstadium derselben infolge Zerfalles der Neubildung. Schlingbeschwerden pflegen aber nur selten und überhaupt nur durch kurze Zeit gänzlich zu fehlen; doch sind auch Fälle beschrieben, wo selbst bei längerer Beobachtung Schlingbeschwerden fehlten und gleichzeitig eine Stenose nicht nachgewiesen werden konnte (Hödlmoser[9]); und Leichtenstern[10]) will an der Hand einer Reihe von klinisch und anatomisch eingehend untersuchten Fällen nachweisen, daß „völlige Latenz" des Oesophaguskrebses (Fehlen aller Schlingbeschwerden und eines Sondierungshindernisses) nicht so selten ist, als man anzunehmen scheint; er behauptet ferner, daß die Vorstellung, ein relativ kleiner Krebsherd müsse Schluckbeschwerden hervorrufen, durchaus unrichtig sei; im Gegenteil können nach den Erfahrungen dieses Autors umfangreiche Krebstumoren ohne alle Erscheinungen von Dysphagie vorhanden sein. Leichtenstern konnte sich in einer Reihe von Fällen auf anatomischem Wege überzeugen, daß die Latenz unter solchen Umständen dann eintritt, wenn die Neubildung, gleichviel wie groß ihre Längsausdehnung ist, in der ganzen Länge einen kleinen, 1 cm breiten Teil der Oesophagusschleimhaut frei läßt. Durch diese schmale, sehr dehnbare, krebsfreie Rinne gleiten die Ingesta ohne Hindernis in den Magen, und auch die Oesophagussonde geht mit Vorliebe diesen Weg des geringsten Hindernisses. Schlingbeschwerden treten umso früher auf, je früher die ganze innere Peripherie der Speiseröhre vom Karzinom ergriffen ist.

Eine solche scharfe Abhängigkeit der erwähnten Symptome vom Grade der Ausbreitung des Karzinoms scheint schon an und für sich nicht recht annehmbar, noch weniger, wenn man sich vor Augen hält, daß das Auftreten von Schlingstörungen nicht bloß durch eine Beeinträchtigung

Digitized by Google

des Lumens der Speiseröhre, sondern gewiß auch durch Störungen in der Peristaltik derselben während des Schlingaktes hervorgerufen werden und daß letztere bei jeder erheblichen, wenn auch nur partiellen Infiltration der Wandung auftreten werden, sei es in Form von Erlahmung der Muskeltätigkeit, sei es in Form von Spasmen. Gerade die Erfahrung der neueren Zeit hat gelehrt, daß insbesondere spastische Zustände des Oesophagus bei Karzinom desselben recht häufig und nicht selten als Frühsymptom vorkommen, und Rosenheim[11]) hat nachgewiesen, daß selbst einfache Atonie oder teilweise Erschlaffung der Speiseröhre Schlingstörungen hervorrufen und Stenosen vortäuschen könne, indem in solchen Fällen die Empfindung von Druck beim Schlucken und das Gefühl des Steckenbleibens der Bissen auftritt, während Flüssigkeiten, die eines geringeren Kraftaufwands zur Fortbewegung bedürfen, leicht passieren, und anderseits das längere Verweilen der Speisen reflektorisch Kardiospasmus erzeugt; und R. Schütz[12]) sowie Elsner[13]) haben Fälle beschrieben, wo sogar ein Pyloruskarzinom Erscheinungen von Oesophagusstenose infolge sekundärer Erschlaffung, bezw. Spasmus der Speiseröhre hervorgerufen hatte. Noch weniger verständlich erscheint das negative Sondenergebnis in den Leichtenstern'schen Fällen; denn gerade dort, wo das Lumen, wie in diesen Fällen, exzentrisch gelegen ist, stößt die Sonde leichter auf ein Hindernis und gleitet nicht „mit Vorliebe die schmale krebsfreie Rinne hinab". Darum bin ich der Ansicht, daß die „latenten" Fälle, auch wenn man das Oesophagoskop nicht zu Rate zieht, äußerst selten sind, und umso seltener vorkommen werden, mit je mehr Umsicht die diagnostische Sondierung vorgenommen und je mehr hiebei nicht bloß auf die Durchgängigkeit der Passage, sondern auch auf die Beschaffenheit der Speiseröhrenwandung Rücksicht genommen wird, wobei nochmals auf die Zweckmäßigkeit der Starck'schen Sonde für diesen Zweck hingewiesen werden möge.

Es kommt aber auch nicht selten vor, daß tiefliegende Stenosen, insbesondere die an der Kardia gelegenen — die klinisch von den Oesophagusstenosen nicht zu trennen sind — bei der Untersuchung mit der Sonde übersehen werden, weil man sich an die alte Regel hält, die Kardia liege nicht tiefer als 40 cm hinter den Zahnreihen, und, falls man bei dieser Tiefe kein Hindernis fühlt, eine Stenose ausschließt, oder im Falle man in größerer Tiefe auf ein Hindernis stößt, glaubt, bereits im Magen zu sein. Eine Zusammenstellung der verschiedenen, in der Literatur vorhandenen Angaben ergibt jedoch, daß die physiologische Variationsbreite der Kardialagerung das Bereich von drei Wirbeln umfaßt, was einem Spielraum von 8 cm entsprechen würde, und Mehnert[14]) weist darauf hin, daß, wenn z. B. die Angaben einiger Autoren (Posch, Borosow) in Betracht gezogen werden, die allgemeine Variationsbreite der Kardialagerung sogar im Gebiete von 5 Wirbeln, die zusammen einen Höhenabstand von 10—12 cm besitzen, liegt. Tatsächlich finden sich Stenosen der Kardia gar nicht so selten in einer Distanz, die viel tiefer als 40 cm hinter den Zahnreihen liegt, nicht selten bei 48 cm und darüber. Wenn alle diese Tatsachen bei den diagnostischen Sondierungen nicht außer Acht gelassen werden, dann wird man, glaube ich, nicht so leicht eine Stenose übersehen und die Fälle von „völliger Latenz" dürften immer seltener werden.

Karzinome an der Kardia, sowie überhaupt tiefer gelegene Stenosen werden, worauf ich[15]) bereits früher an anderem Orte hingewiesen habe, öfter auch deshalb überschen, weil solche Stenosen zuweilen ein Magenleiden vortäuschen. Hieher rechne ich natürlich nur solche Fälle, wo es sich nicht um ein Uebergreifen einer Neubildung vom Magen auf die Kardia, sondern um eine selbständige Kardiaerkrankung handelt. Mit einem derartigen Leiden behaftete Kranke verlegen nicht selten das Gefühl des Steckenbleibens der Speisen ins Epigastrium und auch tiefer und bezeichnen dasselbe als Druck nach der Mahlzeit, und geben ferner an, regelmäßig im Anschluß an die Mahlzeit zu „erbrechen". Ich habe wiederholt Fälle gesehen, wo solche Kranke auf

Digitized by Google

Grund dieser Angaben als Magenkranke angesehen und monatelang als solche behandelt worden waren, ohne daß je eine Sondenuntersuchung vorgenommen wurde; und auch mir ist es einigemale passiert, daß ich in solchen Fällen bei ambulanten Kranken, bei denen ich kurz nach ihrer Aufnahme ohne vorherige genauere Beobachtung eine diagnostische Magenausheberung zu machen beabsichtigte, während dieses Versuches die Stenose zufällig entdeckte. Solche Fehldiagnosen werden bei genauerer Beobachtung, bei Besichtigung des „Erbrochenen" sowie überhaupt schon bei einer sorgfältigeren anamnestischen Erhebung kaum vorkommen. Diagnostisch bemerkenswert erscheint die von solchen Patienten häufig gemachte Angabe, daß sie fettes Fleisch besser „vertragen" als mageres; diese Angabe, welche mit dem bei den meisten Magenerkrankungen beobachteten Verhalten in direktem Gegensatz steht und welche durch das leichtere Hinabgleiten des fetten Fleisches infolge seiner geringeren Konsistenz und größeren Schlüpfrigkeit zu erklären ist, wodurch die Beschwerden für den Kranken verringert werden, ist an und für sich schon geeignet, den Verdacht auf eine Erkrankung des Oesophagus zu erwecken; ich fand eine solche Beobachtung als Symptom einer Oesophagusstenose in der Literatur nur in der Monographie von Starck[16]) über Divertikel der Speiseröhre angeführt.

Betreffs des Vorkommens spastischer Zustände beim Oesophaguskrebs sei noch bemerkt, daß dieses durchaus nicht seltene und, wie bereits erwähnt, oft schon in den frühen Stadien der Erkrankung auftretende Symptom offenbar Veranlassung ist, daß die Sonde zuweilen zu verschiedenen Zeiten in verschiedener Höhe auf ein Hindernis stößt; der Spasmus tritt in der Regel verschieden hoch oberhalb der Erkrankungsstelle auf; doch hat jüngst Starck[4]) zwei Fälle publiziert, wo dieser an tiefer gelegenen Stellen auftrat. In diesen Fällen stieß die Sonde bei 42, bezw. 45 cm auf ein Hindernis, weshalb Starck die Diagnose Kardiakarzinom stellte. Oesophagoskopisch war jedoch schon in der Höhe von 35, bezw. 37 cm ein Tumor nachweisbar; es mußte somit das Hindernis an der Kardia durch einen Spasmus erzeugt worden sein, wodurch ein Kardiakarzinom vorgetäuscht wurde.

Zum Zwecke der Therapie kommt neben diätetischen und medikamentösen Vorschriften das Dilatationsverfahren, sowie operative Maßnahmen in Betracht. Eine Reihe von Autoren steht auf dem Standpunkte, bei karzinomatösen Erkrankungen überhaupt von jedem Dilatationsverfahren abzusehen, und erklären die Anwendung der Sonde in diesen Fällen geradezu als einen Kunstfehler, indem sie darauf hinweisen, daß hiedurch Wachstum und Zerfall der Neubildung befördert und die Gefahr der Perforation durch die Sonde nahegerückt werde. Weder für das eine noch für das andere liegen sichere Beweise vor; allerdings ist eine Sondenperforation wohl nie mit Sicherheit zu vermeiden, allein nach überaus zahlreichen Erfahrungen kommt ein solches Ereignis bei vorsichtiger Sondierung gewiß äußerst selten vor.

Unter jenen, welche der Sondenbehandlung abgeneigt sind, ist in erster Linie Rosenheim[17]) zu nennen; dieser Autor hält nach seinen Erfahrungen die überwiegende Mehrzahl aller Fälle von Neoplasma malignum für die Behandlung mit Sonden, und zwar für alle Arten derselben, durchaus ungeeignet, gesteht aber zu, daß er sich nur bei einer Minderzahl von Fällen von einer Verbesserung der Schluckfähigkeit, die auf diesem Wege erreichbar ist, überzeugen konnte, und empfiehlt daher, daß, wo die Schluckfähigkeit auch für Flüssigkeiten erheblich gestört ist, die regelmäßige Sondierung zu versuchen.

Diesen Grundsätzen möchte ich auf Grund meiner zahlreichen Erfahrungen, die mit denen einer Reihe anderer Autoren übereinstimmen, nicht beipflichten; ich konnte mich vielmehr überzeugen, daß die systematische Bougierung bei sehr vielen Kranken, unter meinen Beobachtungen in der Mehrzahl der Fälle, trotzdem ich Kranke in den verschiedenen Krankheitsstadien zu behandeln Gelegenheit hatte, eine Linderung der meisten

Digitized by Google

Beschwerden, vor allem eine auffallende Begünstigung der Nahrungsaufnahme und damit eine anfangs oft sehr beträchtliche Zunahme des Körpergewichtes zur Folge hatte; auch die Wirkung dieser Behandlung auf den psychischen Zustand darf nicht unterschätzt werden; viele Kranke setzen ihre ganze Hoffnung auf die Sondierung und verlangen bis kurz vor ihrem Lebensende dringend nach derselben. Eine nicht geringe Anzahl von Kranken gelangte zu meiner Beobachtung in einem Stadium, wo das Schlucken entweder gar nicht mehr oder nur mit großen Schwierigkeiten möglich war und denen das kontinuierliche Regurgitieren von Schleim und Speisen die größten Qualen bereitet hatte. Schon nach der ersten Sondierung hatte sich bei den meisten Kranken das Schluckvermögen wieder eingestellt, das Regurgitieren hörte bald gänzlich auf. Ich muß daher Kraus vollständig beistimmen, wenn er empfiehlt, durch Sondenbehandlung die Speiseröhre solange als möglich permeabel zu erhalten und als einen unbestreitbaren Vorteil der Sondendilatation die Einfachheit des Verfahrens ansieht, welches jedem Praktiker zugänglich, unter allen Eingriffen für den Patienten und seine Umgebung der am wenigsten schreckliche ist und trotzdem zu schönen Erfolgen verhilft. Auf Grund meiner Beobachtungen möchte ich es nicht für ratsam halten, mit der Sondenbehandlung zu warten, bis keine Flüssigkeit mehr geschluckt werden kann, sondern damit sofort bei Konstatierung der Stenose zu beginnen, da ich den Eindruck gewonnen habe, daß es gelingt, auf diese Weise die Zunahme der Beschwerden für lange Zeit aufzuhalten. Ich pflege die Sondierung mit wenigen Ausnahmen täglich vorzunehmen, lasse später versuchsweise Pausen von 1—2 Tagen eintreten; doch gewann ich die Ueberzeugung, daß das öftere Einschieben von Intervallen oder das Einhalten längerer Pausen für den Kranken nicht vorteilhaft ist, da ich dann oft wieder gezwungen war, zu dünneren Sonden zu greifen. Die oft monatelang währende Beobachtung der meisten, auf diese Weise behandelten Fälle gab mir keinerlei Anlaß zur Annahme, daß durch eine systematische Sondierung Wachstum oder Zerfall der Neubildung beschleunigt worden sei; nur in einer kleinen Reihe von Fällen — es hängt dies gewiß auch von der Art der Neubildung, sowie von dem Verhalten des Kranken ab — war ein rasches Fortschreiten des Prozesses und Erscheinungen des Zerfalles der Neubildung zu beobachten, allerdings in der Regel dort, wo der Zerfall schon zu Beginn durch die Beschaffenheit der regurgitierten Massen und stärkere Neigung zu Blutungen sich bemerkbar machte; in diesen Fällen wurden die Sondierungen alsbald sistiert, ohne daß hiedurch dem raschen Weiterschreiten des Prozesses Einhalt getan wurde.

Während ich mich früher ausschließlich der englischen Bougies bediente, verwende ich in neuerer Zeit die Starck'sche Sonde auch zu therapeutischen Zwecken, wobei es mir oft gelang, nach vorheriger Einführung gestreckter Oliven stärkeren Umfanges auch mit stärkeren Bougies durch die Stenose zu dringen oder mit Hilfe der gekrümmten Ansätze eine „impermeable" Striktur für Bougies durchgängig zu machen. Die Bougies lasse ich bis zum Eintritt stärkerer Reaktion seitens des Kranken, längstens aber 10 Minuten liegen.

Bezüglich anderer Dilatationsmethoden besitze ich keine eigene Erfahrung; bekanntlich sind von Schreiber, Reichmann, Senator u. a. Dilatationssonden konstruiert worden, über deren Nutzen bei karzinomatösen Stenosen das allgemeine Urteil nicht günstig lautet; am meisten wird noch das v. Hacker'sche[13]) Verfahren mit ausgezogenen Drains empfohlen; dasselbe besteht darin, daß ein Drainrohr über ein Itinerarium gestreift und seitlich über den Enden des letzteren abgebogen wird; das vorstehende Ende des Rohres wird am Einführungsende abgeschnitten und in die Striktur eingeführt, hierauf der Drain entspannt, indem man ihn vorsichtig über das Itinerarium zurückgleiten läßt, worauf sich das Drainrohr zusammenzieht und die Striktur allmählich erweitert. Auf diese Weise gelang es v. Hacker, karzinomatöse Strikturen rasch zu erweitern. Alle diese Methoden erfordern eine sorg-

Digitized by Google

fältige Ueberwachung des Kranken, sind daher für die ambulante Behandlung ungeeignet.

Empfehlenswert erscheint es bekanntlich auch in vorgeschrittenen Fällen, wo bei noch vorhandener Durchgängigkeit der Speiseröhre starke Schluckbeschwerden bestehen, die Nahrung von Zeit zu Zeit auf künstlichem Wege zuzuführen, um dem Kranken die Qualen des Herunterschluckens zu ersparen und auch die Neubildung vor dem Reize der stagnierenden und zersetzten Ingesta wenigstens teilweise zu schützen. In Betracht kommt zu diesem Zwecke die Sondenfütterung und die rektale Ernährung.

Die erstere wird dort, wo die Striktur es gestattet, stärkere Hohlsonden einzuführen, ohne Schwierigkeit gelingen; die Applikation dünner Hohlsonden bei enger Passage mißlingt jedoch oft schon aus dem Grunde, weil diese Sonden bei der Einführung sofort ihre Festigkeit verlieren und hiedurch das Auffinden des Lumens erschweren oder unmöglich machen; in solchen Fällen empfiehlt es sich, die von Starck zu diesem Behufe konstruierte Hohlsonde zu verwenden, welche von derselben Stärke wie der früher erwähnte solide Führungsstab, in gleicher Weise wie dieser am unteren Ende ein Schraubengewinde besitzt, welches für die verschiedenen metallenen Ansätze paßt. Um die Festigkeit dieser Hohlsonde bei der Einführung zu erhöhen, armiere ich die Sonde mit einem Mandrin aus Silberdraht, der, ähnlich wie dies bei den gewöhnlichen englischen Harnröhrenkathetern der Fall ist, am äußeren Ende in einen Ring endigt, welcher das Vorschieben des Mandrins nur bis zu einem gewissen Punkte (der hier in der Mitte zwischen beiden Sondenfenstern gelegen ist) gestattet, so daß ein Heraustreten desselben durch ein Fenster verhindert wird. Die so armierte Sonde läßt sich unter Verwendung gerader oder gekrümmter Ansätze ebenso leicht durch die Striktur hindurchführen wie die solide Sonde, indem sie, gleich dieser, als Pfadfinder bei engen, exzentrisch gelegenen oder spiralig verlaufenden Strikturen dient.

Die rektale Ernährung kann stets nur einen partiellen Ersatz der ösophagealen Nahrungszufuhr bilden; ihre Anwendung muß daher immer nur eine intermittierende sein; nach der Ansicht von Kraus ist ihre einzige Indikation bloß solange gegeben, bis die Durchgängigkeit einer Stenose erreicht ist, oder die Anlegung einer Magenfistel geboten erscheint.

Zum Zwecke der Entfernung stagnierender Speisen oder Schleimmassen, sowie zur Desinfektion bei jauchigem Zerfalle der Neubildung wird die Ausspülung des oberhalb der Stenose gelegenen Oesophagusabschnittes vielfach angewendet. Eine solche Spülung kann mittels eines gewöhnlichen Magenschlauches mit angesetztem Trichter oder auch mit Hilfe eines von Boas [16]) angegebenen Spülapparats vorgenommen werden. Als Spülflüssigkeit wird laues Wasser oder Sodalösung oder eine antiseptische Flüssigkeit verwendet. Ich habe von diesen Auswaschungen, welche bei Divertikel oder Erweiterungen der Speiseröhre recht gute Resultate ergeben, betreffs ihrer Wirkung bei Karzinom wenig Günstiges zu berichten; sie bilden eine nicht geringe Quälerei, namentlich für die stark herabgekommenen Kranken, und scheinen mir bei ulzerösen und jauchigen Prozessen, wie jeder mechanische Eingriff, nicht ungefährlich. Ich bin deshalb von dieser Behandlung, nachdem ich sie eine zeitlang versucht habe, wieder völlig abgekommen. In den meisten Fällen wirkt eine systematische Sondierung der Stagnation am besten entgegen.

Die Verwendung von Dauerkanülen ist bei Karzinom nach allen bisherigen Erfahrungen zu verwerfen.

Nebst dieser mechanischen Behandlung kommt eine Reihe diätetischer und medikamentöser Methoden in Betracht. Ich erwähne hier nur der Anwendung des Oels, das insbesondere von Rosenheim [17]) beim Speiseröhrenkrebs empfohlen worden ist. Dieser Autor legt auf die Verwendung von Fett bei diesen Krankheitsprozessen in Form von geschmolzener Butter und Oel großes Gewicht; abgesehen von dem hohen Nährwert, sind diese Substanzen dadurch von Vorteil, weil sie leicht durch die verengte Partie

Digitized by Google

hindurchgleiten und den Weg schlüpfrig machen. Ich lasse, wie bereits erwähnt, vor jeder Sondierung Oel trinken und verordne dem Patienten, vor jeder Mahlzeit eine Portion frischen Olivenöls zu nehmen; die Kranken geben an, daß das Schlucken von Flüssigkeiten und breiigen Substanzen auf diese Weise besser vonstatten gehe. Auch Cohnheim[20]) berichtet in einer soeben erschienenen Abhandlung über frappante Erfolge mit dieser Oelbehandlung; ich ziehe reines Oel auch der von Starck empfohlenen Schüttelmixtur mit Rizinusöl und Glyzerin vor.

Bei spontan oder während der Deglutition auftretenden Schmerzen wirken oft Narkotika in Form von Morphium in Tropfen oder schleimiger Lösung recht beruhigend; bei Neigung zu spastischen Zuständen kann Belladonna verabreicht werden, und Rosenheim empfiehlt zum Zwecke vorübergehender lokaler Anästhesierung die Einspritzung einer 3%igen Eukainlösung mittels der von ihm angegebenen Oesophagusspritze, welche verschieden lange Hartgummiansätze besitzt, mit Hilfe welcher es gelingt, die Flüssigkeit bis an die Erkrankungsstelle gelangen zu lassen. Durch Anwendung dieser verschiedenen Maßnahmen ist man imstande, dem Kranken dauernd große Erleichterung zu verschaffen.

Unter den beim Speiseröhrenkrebs in Betracht kommenden operativen Maßnahmen hat die Resektion, sowie die Oesophagotomia externa bei hochsitzender Erkrankung zum Zwecke der Anlegung einer Oesophagusfistel, sowie als Voroperation zur Exstirpation und behufs retrograder Sondierung bisher wenig ermutigende Resultate geliefert. Es kommt somit nur noch die Anlegung einer Magenfistel behufs künstlicher Nahrungszufuhr durch dieselbe eventuell zur Vornahme retrograder Sondierung in Frage.

Auf Grund einer Zusammenstellung sehr zahlreicher Fälle aus der Literatur, worunter auch Beobachtungen neuesten Datums, konnte Kraus dartun, daß die durchschnittliche Lebensdauer der nicht blutig operierten Kranken, welche frühzeitig einer Sondenbehandlung unterzogen wurden, keine kürzere sei, als jene der unter günstigen Umständen operierten; berücksichtigt man dazu noch, daß die körperlichen und psychischen Qualen der Gastrostomierten viel größer sind, als die der nicht Operierten, so wird man wohl am besten tun, eine solche Operation als die Ultima ratio anzusehen und sonach auf jene Stenosen zu beschränken, bei denen auch keine Flüssigkeiten mehr geschluckt werden können und alle Sondierungsversuche vergeblich sind; solche Fälle werden aber, nach meinem Dafürhalten, umso seltener zur Beobachtung gelangen, je früher man das erwähnte therapeutische Verfahren einleitet und je konsequenter dasselbe durchgeführt wird.

Schließlich sei noch auf eine in jüngster Zeit erschienene Publikation von A. Exner[21]) hingewiesen, in welcher dieser Autor berichtet, daß es ihm gelungen sei, in einigen Fällen von Oesophaguskarzinom mittels Einwirkung von Radiumstrahlen einen Zerfall des Karzinomgewebes und hiedurch eine Erweiterung der Stenose zu erzielen.

Literatur:

[1]) v. Hacker, Ueber Oesophagoskopie beim Krebs der Speiseröhre und des Magenausganga. Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. XX.

[2]) Rosenheim, Beiträge zur Oesophagoskopie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50, 1895.

[3]) Gottstein, Technik und Klinik der Oesophagoskopie. Grenzgeb. d. Medizin u. Chir. Bd. VIII u. IX.

[4]) Starck, Bericht über ösophagoskopische Diagnostik. Münch. med. Wochenschr. Nr. 6, 1904.

[5]) Kraus, Erkrankungen der Mundhöhle und Speiseröhre. Wien 1902. Nothnagels Handbuch, Bd. XVI, 1. Teil.

[6]) Krönig, Maßregeln bei der Sondenbehandlung der durch Aetzgifte verschorften Speiseröhren- und Magenschleimhaut. Therapie d. Gegenwart, März 1899.

[7]) Starck, Beiträge zur Sondierung der Speiseröhre. Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1903; Die Erkrankungen der Speiseröhre. Würzburg 1903.

[8]) Starck, Die Verwendung der Divertikelsonde bei Oesophagustumoren. Münch. med. Wochenschr. Nr. 49, 1900.

[9]) Hödlmoser, Zur Diagnose des latenten Oesophaguskarzinoms. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 44, 1900.

Digitized by Google

[10]) Leichtenstern, Ueber den latenten Oesophaguskrebs. Münch. med. Wochenschr. Nr. 34, 1898. (Sitzungsbericht.)

[11]) Rosenheim, Beiträge zur Oesophagoskopie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4 u. 5, 1899.

[12]) R. Schütz, Ein eigenartiges Symptomenbild des Magenkarzinoms. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33, 1900.

[13]) Elsner, Kasuistischer Beitrag zur Differentialdiagnose von Erkrankungen der Speiseröhre und des Magens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 24, 1903.

[14]) Mehnert, Ueber die klinische Bedeutung des Oesophagus und Aortenvariationen. Archiv f. klin. Chir., Bd. 58.

[15]) E. Schütz, Ueber Mageninhaltsuntersuchungen. Wien. med. Wochenschr. Nr. 47 u. 48, 1898.

[16]) Starck, Die Divertikel der Speiseröhre. Leipzig 1900.

[17]) Rosenheim, Ueber einige Behandlungsmethoden bei Speiseröhrenerkrankungen. Therapie d. Gegenwart, Februar 1899.

[18]) v. Hacker, Strikturen des Oesophagus. Handbuch d. prakt. Chirurgie, 1900.

[19]) Boas, Ueber die Ausspülung des Oesophagus. Therapie d. Gegenwart. März 1899.

[20]) P. Cohnheim, Weitere Mitteilungen über die Heilwirkung großer Dosen von Olivenöl bei Erkrankungen des Magens u. s. w. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 52, H. 1 u. 2.

[21]) A. Exner, Ueber die Behandlung von Oesophaguskarzinomen mit Radiumstrahlen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 4, 1904.

Die funktionelle Nierendiagnostik.

Von Dr. **Richard Leo Grünfeld** in Wien.

Die gebräuchlichen Untersuchungsmethoden zur Diagnostizierung der Nierenkrankheiten sind in den letzten Jahren durch die Errungenschaften der modernen naturwissenschaftlichen Forschungen wesentlich fortgeschritten. Die Inspektion, Perkussion und Palpation der erkrankten Gegend bildet zwar neben der exakten chemisch-mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung des Nierenprodukts auch heute noch die Grundlage jedweder Diagnose. Allein in vielen Fällen war man nicht in der Lage, mit diesen Methoden allein präzise Angaben über Natur, Sitz, Art und Grad der Erkrankung zu machen. Ebenso lagen die Verhältnisse in therapeutischer Beziehung bis zum Jahre 1869, da Gustav Simon zum erstenmal eine Nephrektomie erfolgreich ausführte. Mit einem Schlage wurde hiemit dem Messer des Chirurgen ein Gebiet eröffnet, das bislang unbeschränkte Domäne des Internisten gewesen. Heute sind die Nierenprozesse, wenigstens zum Teil, ein Grenzgebiet im wahrsten Sinne des Wortes geworden, nicht zum Nachteil der Leidenden, die nun in manchen Fällen radikal und endgiltig von ihren Krankheiten geheilt werden. Auch hier feiert die Verfeinerung der Diagnose und der chirurgischen Technik ihre Triumphe. Während nach der von Schmieden im Auftrag Schedes angelegten Statistik über 1118 Nephrektomien seit dem Jahre 1869 im Durchschnitt eine Mortalität von 26·9% resultiert, ist dieselbe im letzten Jahrzehnte auf 17·4% gesunken. Kümmel und Rumpel verweisen auf noch günstigere Resultate. Unter ihren 95 Fällen stehen der Gesamtmortalitätsziffer 16·8% nur 6·4% Mortalität in den letzten 10 Jahren gegenüber.

Daß diese Erfolge, welche heute von keiner Seite mehr bestritten werden, nicht allein der peinlicheren Asepsis, der exakten Blutstillung etc., kurz nicht der besseren nierenchirurgischen Technik allein zuzuschreiben sind, ist wohl klar; auch der präziseren Diagnose gebührt hier nicht das einzige Verdienst, es ist zum guten Teile die exakte Indikationsstellung, derzufolge chirurgische Eingriffe nur bei begründeter Aussicht auf Erfolg unternommen werden.

Fragen wir uns nun, wodurch dieser Fortschritt auf der ganzen Linie zustande gekommen, so lautet die Antwort, daß wir durch ein glückliches Zusammentreffen mehrerer Momente zu dem heutigen Ausbau der Diagnostik gelangt sind. Zunächst erwuchsen uns mächtige Helfer in der Vervollkommnung der Kystoskopie, der Einführung des Ureterenkatheterismus, endlich der Entdeckung

Digitized by Google

der Röntgen-Strahlen. Diese führten, jeder in seiner Sphäre, wie gemeinsam zu einer genaueren anatomischen Diagnostik der Nierenerkrankungen, d. h. zur Angabe der Art und der Ausdehnung der pathologisch-anatomischen Veränderungen. Die physiologische, funktionelle Seite der Diagnostik war bis vor wenigen Jahren so wie bei den anderen Organen überhaupt nicht berücksichtigt worden. Erst seitdem die Begriffe Suffizienz und Insuffizienz in das ärztliche Denkgebiet eingedrungen, seit man sich zu ergründen bemüht, ob das erkrankte Organ auch tatsächlich Arbeit zu leisten imstande ist, und ob die geleistete Arbeit „suffizient" ist für den Haushalt des Organismus, ist man auch in der Nierenpathologie mit Eifer der funktionellen Diagnostik [1]) näher getreten und heute, nach verhältnismäßig kurzer Zeit, dank dem glücklichen Zusammenwirken von Theorie und Technik, schon auf respektable Höhe gelangt. Erschwert wird unsere Aufgabe dadurch, daß wir es mit einem paarigen Organ zu tun haben, zunächst also zu entscheiden steht, ob im gegebenen Falle beide Nieren erkrankt sind oder nur eine, ferner ob und welche im letzteren Falle affiziert ist, endlich ob das Schwesterorgan anatomisch und funktionell geeignet ist, vikariierend und suffizient für das erkrankte einzutreten. Die Bedeutung dieser funktionellen Diagnostik speziell für die Nierenchirurgie ist offenkundig. Es möge der Hinweis auf den einseitigen kongenitalen Nierenmangel, auf die Hufeisenniere und die degenerierte Niere genügen, deren Nachweis a priori von der größten Wichtigkeit bei der Indikationsstellung für chirurgische Eingriffe sein muß. Aber man hat auch gelernt, mit Hilfe der neuen Methoden begründete Prognosen zu stellen und Rückschlüsse auf die bestehenden pathologischen Veränderungen des Organs in ihrer Quantität zu ziehen. Da jedoch die Methoden und sinnfälligen Resultate aus diversen Gründen noch nicht Gemeingut aller Aerzte geworden, erscheint es angezeigt, im nachstehenden, ohne die Ambition, etwas neues zu bringen, dem Praktiker eine Uebersicht über den heutigen Stand der funktionellen Nierendiagnostik, speziell für chirurgische Zwecke zu geben; von der umfangreichen Literatur mögen nur die wichtigsten, speziell dem deutschen Arzte leichter zugänglichen Arbeiten erwähnt werden.

Bevor wir nun in das Meritum des Gegenstands eingehen, muß hier der Vervollständigung wegen noch ein Verfahren erwähnt werden, zu dem einzelne Operateure zur Zeit, da die funktionelle Diagnostik noch nicht existierte oder in den Kinderschuhen stak, schritten, um den Nachweis eines gesunden, sezernierenden Organs bei zweifelloser Erkrankung der anderen Niere zu führen. Es ist dies die blutige Freilegung der Niere zur Besichtigung und Betastung des Organs. Die Nephrotomie am erkrankten Organ wurde und wird ja heute noch zur Diagnose des vorliegenden Prozesses — ob mit Recht oder Unrecht, bleibe dahingestellt — vielfach ausgeführt, so wie z. B. eine Probelaparotomie bei fraglichem Karzinom des Magens. Allein die Durchschneidung einer gesunden Niere lediglich zum Nachweis, daß sie gesund ist, ist nach dem heutigen Stande wohl abstrus und steht ihrer Schwere nach in keinem Zusammenhange mit den dabei gewonnenen Resultaten. Denn, ganz abgesehen von der jedenfalls bestehenden Infektionsgefahr mit all ihren Konsequenzen, kann auch eine Erkrankung der Niere vorliegen, die sich entweder makroskopisch überhaupt nicht kundgibt oder auf Nierengebiete beschränkt bleibt, die durch den Sektionsschnitt nicht sichtbar gemacht wurden. Casper und Richter haben mehrere derartige Fälle aus der Literatur der letzten fünf Jahre zusammengestellt. Auch Küster hat zu einer Zeit, wo von den modernen Untersuchungsmethoden noch keine Rede war, schon die Regel aufgestellt, „daß man blutige Eingriffe zu diagnostischen Zwecken solange zu vermeiden habe, als noch die Möglichkeit vorliegt, auf anderen Wegen zum Ziele

[1]) Der Name „funktionelle Diagnostik" rührt von Rosenbach her, der sie dahin definiert, sie solle aus der Prüfung der sichtbaren Leistung den Grad der unsichtbaren Energetik erschließen.

Digitized by Google

zu kommen". Demnach muß man alle diese Verfahren, zu denen auch die Anlegung einer Nierenfistel zur Untersuchung des direkt ausfließenden Urins (Czerny, bei Küster zitiert), die Durchtastung der Nierenarterien bei der Laparotomie u. dgl. gehören, heute als überlebt und ungerechtfertigt, nur mehr historisches Interesse beanspruchend, bezeichnen.

Seit sich der Begriff Funktion eingebürgert, hat es nicht an Stimmen gefehlt, die da behaupten, jedwede Diagnostik sei, strenge genommen, eine funktionelle (Kiss); darüber ließe sich debattieren, erscheint aber nicht wesentlich, da nur die Brauchbarkeit einer Methode für ihre Einführung ausschlaggebend sein muß (v. Korányi).

Die Methoden der modernen funktionellen Nierendiagnostik teilt man zwanglos ein in solche, welche die Suffizienz, bezw. Insuffizienz der Nieren im allgemeinen und in solche, welche die Funktion jeder Niere für sich bestimmen (Casper und Richter).

Bei der Aufzählung aller dieser Methoden soll teils auf die historische Entwicklung derselben, teils auf deren technische Durchführbarkeit Rücksicht genommen werden. Daß die Untersuchung des Harnes in qualitativer und quantitativer Hinsicht selbstredend hiebei die erste Rolle spielt, wurde bereits eingangs erwähnt. Der Gedanke war naheliegend, die gut ausgebildeten quantitativen Analysen des Harnes, betreffend Gesamtstickstoffausscheidung, Verminderung der Chloride und anderen Salze als Indikatoren für insuffiziente Nierenarbeit zu verwerten, da bekanntlich qualitative pathologische Veränderungen in keinem Verhältnisse zu der Schwere der vorliegenden Erkrankung stehen müssen. Hiebei käme nur der exakt durchgeführte, über mehrere Tage methodisch erstreckte Stoffwechselversuch in Betracht. Daß derselbe „in der Praxis nur in den allerseltensten Fällen durchführbar ist" (Casper und Richter), möge vernachlässigt werden, ein verwertbares Resultat würde jede Mühe lohnen; aber seit v. Noorden und Ritter durch ihre wertvollen Untersuchungen über den Stoffwechsel Nierenkranker zu dem Schlusse gelangten, daß gerade das unberechenbare, fast bizzare Verhalten der Stickstoffelimination dem Stoffwechsel des Nierenkranken den bezeichnenden Stempel aufdrückt, daß uns ferner, in grobem Schematismus befangen, nichts berechtigt, den einzelnen klinischen Formen des Morbus Brightii der Theorie zuliebe einen spezifischen, pathognostischen Einfluß auf die Stickstoffbilanz zuzuerkennen, ist man davon abgekommen, diese Methoden zur Bestimmung geleisteter Nierenarbeit heranzuziehen.

Wesentlich anders steht es mit den Versuchen, die mittels künstlich in den Organismus eingeführter Substanzen angestellt wurden. Wenn eine „normal" arbeitende Niere die Eliminination solcher Stoffe nach gewissen Regeln besorgen würde, sollte die Art der Ausscheidung im krankhaften Zustand als Fingerzeig für den Grad der Funktionsstörung, eventuell sogar für die Natur des fraglichen Prozesses dienen. Da hierüber zahlreiche, sehr genau angestellte Versuche vorliegen, erscheint es angezeigt, sich mit denselben etwas eingehender zu beschäftigen.

Die Versuche sind französischer Provenienz. Achard war der erste, der 1899 das Methylenblau zu dem in Rede stehenden Zwecke verwendete, und die seit dieser Zeit entstandene Literatur über dieses Thema gibt für die Aktualität desselben und das ihm entgegengebrachte Interesse den besten Beweis. Im folgenden eine kurze Uebersicht:

Achard und Castaigne injizieren 0·25 g, respektive 0·50 g Methylenblau subkutan oder intramuskulär (Methylenblau 1·0, Aqu. destill. sterilis. 20·0), worauf unmittelbar die Blase entleert wird. Die weitere Kontrolle erfolgt nach einer halben Stunde, einer Stunde, zwei, drei Stunden u. s. f. dadurch, daß man die Ausscheidung des blauen Farbstoffes beobachtet. In der Norm beim Gesunden zeigt sich schon in der ersten halben Stunde ein leichtes Kolorit, welches nach einer Stunde vollkommen deutlich, zwischen der vierten und fünften Stunde seinen Höhepunkt erreicht und gegen die 35. bis 50. Stunde

Digitized by Google

verschwindet. Bei schlecht funktionierenden Nieren verhält sich die Ausscheidung wesentlich anders, indem man verzögertes Auftreten (nach 1—3 Stunden und darüber), ferner Verlängerung oder Verkürzung der Dauer der Elimination des Methylenblau (welches also in diesem Fall im Organismus zurückbehalten wurde) nachweisen kann. Die diagnostische Bedeutung schreiben Achard und Castaigne dem Anfangstermin der Elimination zu, indem das verspätete Auftreten (nach einer Stunde) für gestörte Durchgängigkeit der Nieren pathognostisch sein soll. Die Methode wäre anwendbar für latente Nephritiden der Tuberkulösen, für interstitielle Nephritiden ohne Albuminurie, endlich bei normaler Durchlässigkeit für Albuminurie ohne organische Nierenerkrankung.

Albarran und Bernard haben bei einer größeren Reihe von Nierenerkrankungen (Pyonephrose, Hydronephrose, Tuberkulose, Tumoren, Pyelonephritis) diese Versuche nachgeprüft, und zwar zum Teil mit Zuhilfenahme des Ureterenkatheterismus, um eine isolierte Beobachtung jeder Seite zu ermöglichen. Der Hauptwert muß nach diesen Autoren auf die Intensität der Ausscheidung gelegt werden, die umso größer ist, je leistungsfähiger die Niere ist.

Die Verlängerung der Ausscheidungsdauer des Methylenblau bei interstitieller Nephritis ist jedoch nach ihrer Ansicht nicht als Zeichen gestörter Durchlässigkeit der Nieren aufzufassen, sondern als Folge der kompensatorischen Hypertrophie des gesund gebliebenen Nierenparenchyms, daher sogar als Ausdruck einer gesteigerten Nierenfunktion.

Außer der subkutanen Applikation, die wohl am ehesten Fehlerquellen vermeidet, kann man das Methylenblau dem Organismus auch per os (in Quantitäten zu 0·1 g) einverleiben. v. Czyhlarz und Donath fanden nach stomachaler Darreichung des Methylenblau keine Verzögerung des Auftretens des Farbstoffes im Harn gegenüber der subkutanen Applikation. Bei Nephritis fand sich eine Verzögerung der Ausscheidung durch den Harn, entweder durch verspätetes Auftreten des Farbstoffes oder durch abnorm lange Andauer der Ausscheidung desselben, endlich durch beide Momente zugleich. Ein Unterschied zwischen den einzelnen Formen der Nephritis war nicht aufzustellen.

Von deutschen Autoren ist zunächst Müller der theoretischen Seite des Kapitels näher getreten. Er beobachtete in Uebereinstimmung mit den Franzosen zuvörderst eine Grünfärbung des Harnes, dann übergehend ins grünlich-blaue eine rein blaue Färbung; diese Reihenfolge wiederhole sich mehrmals, zum Schlusse nach der Grünfärbung wieder normale Farblosigkeit des Urins. An der Luft stehen gelassen, entfärbt sich der Harn, zuerst in den unteren, dann in den oberen Schichten, d. h. die Reduktion des Harnes beginnt dort aufzutreten, wo ihr der Sauerstoff der Luft am wenigsten entgegenwirken kann. Diese Reduktion ist nicht durch ammoniakalische Harngährung bedingt, da der Harn saure Reaktion zeigt, jedenfalls aber bakteriellen Ursprungs. Daher könne diese Reduktion bei Anwesenheit von Bakterien in der Blase (also bei Zystitis) schon dort stattfinden, was in diesem Falle von differentialdiagnostischer Bedeutung sein kann.

Anlangend die Ausscheidungsprodukte des Methylenblau wiesen Voisier und Hanser nebst dem harnfärbenden Farbstoffe noch eine chromogene Substanz nach, indem sie den Methylenblauharn mit Essigsäure kochten, wodurch der Harn dunkler blau gefärbt wird. Diese Substanz läßt sich nach Achard und Castaigne durch ihre Unlöslichkeit in Chloroform leicht von dem ausgeschiedenen Methylenblau trennen. Mit diesen Erfahrungen stimmen nun die Müllers nicht überein, da dieser außer der chromogenen Substanz der Franzosen noch eine zweite Leukobase fand, die beim Kochen des Harnes ohne Säurezusatz beobachtet wird. Des weiteren rührt von Müller eine genaue quantitative Bestimmung des Methylenblaus auf kolometrischer Basis her, mit deren Hilfe man sowohl die absoluten Mengen des ausgeschiedenen Methylenblauoxydationsprodukts als auch der

Digitized by Google

beiden von ihm angegebenen chromogenen Substanzen berechnen kann.

Betreffend die Ausscheidung des Methylenblaues bei den einzelnen Formen der Nierenentzündung fand Müller, es finde bei der chronisch-parenchymatösen Nephritis eine Beschleunigung, bei der chronisch-interstitiellen Form eine Verzögerung in der Ausscheidung statt.

Die Beurteilung beruht demnach

1. auf der Zeit vom Momente der Injektion des Methylenblau bis zum Auftreten der ersten Spuren im Harn;

2. auf der Dauer der Elimination der Methylenblauprodukte.

Unter pathologischen Verhältnissen sind folgende Eventualitäten möglich (Landau):

1. Verspäteter Anfang;

2. Verkürzung der Ausscheidungsdauer mit verfrühtem oder normalem Anfang;

3. Verkürzung mit verspätetem Anfang.

Die Franzosen wiederum unterscheiden drei Ausscheidungstypen:

1. einen kontinuierlich-zyklischen mit raschem Anstiege und allmählichem Abklingen;

2. einen kontinuierlich-polyzyklischen mit Exazerbationen und Remissionen;

3. einen remittierenden, bei dem der Farbstoff zeitweise ganz verschwindet.

Lipman-Wulf hat die beobachteten Verschiedenheiten in der Ausscheidungszeit des Methylenblau (Cabot und McGire 64, Müller 100 Stunden, v. Czyhlarz und Donath 5 Tage, Lipman-Wulf bis 215 Stunden) dadurch zu enträtseln versucht, daß er an gesunden Kaninchen von gleichem Alter, gleichem Gewichte und gleicher Ernährung nach entleerter Blase 1 mg Methylenblau in wässeriger Lösung subkutan injizierte. Bei einzelnen Tieren trat nach $^1/_2$—1 Stunde Farbstoff im Urin auf, das Maximum schwankte zwischen 2—6 Stunden, die Dauer zwischen 24—52, in einem Falle bis 100 Stunden. Bald trat der Farbstoff vor dem Chromogen auf, bald das Chromogen vor dem Farbstoff, bald beides zusammen. Der kontinuierlich-zyklische Verlauf der Ausscheidung war jedoch allen gemeinsam.

Soviel über die Methylenblauproben. Zur Vervollständigung mögen hier noch einige kombinierte Versuchsmethoden Platz finden:

Bard hat die Durchlässigkeit der Niere sowohl bei verschiedenen Erkrankungen, als bei gesundem Organ mittels subkutaner Injektionen von Methylenblau und Jodkalium untersucht. Die Resultate beim gesunden sind analog denen der früheren Autoren. Bei primärer interstitieller Nephritis ist die Ausscheidung beider Substanzen langsam, unregelmäßig, verzögert, bei parenchymatöser für beide erhöht (wie Müller); bei parenchymatöser Nephritis mit sekundärer Schrumpfung ist sie für Methylenblau normal, für Jodkali herabgesetzt.

Die bekannte Tatsache, daß unter anderen die Halogene Brom und Jod unverändert durch den Körper gehen und im Urin ausgeschieden werden, hat auch zu Experimenten mit Jod allein Veranlassung gegeben.

Simonelli gründet seine Methode darauf, daß normalerweise die Jodausscheidung im Harn und Speichel gleichzeitig, spätestens nach einer halben Stunde beginne und gleich lange dauere. Die Methode besteht in der Darreichung von Jodkali in Gelatinekapseln mit etwas Wasser, worauf dann beide Sekrete in der gewöhnlichen Weise mit Stärkepapier geprüft werden. Bei Nephritis erfolgt die Ausscheidung des Jods durch den Harn gewöhnlich 5, aber auch bis zu 20 Stunden später als im Speichel, ist auch von geringerer Intensität und Dauer. Nicht vernachlässigt darf hiebei werden, daß die Niere für jeden Stoff einen eigenen Ausscheidungskoeffizienten besitzt (Lipman-Wulf).

Endlich versuchten Galleazi und Grillo die Durchgängigkeit der Nieren nach allgemeinen Narkosen durch Injektion von Methylenblau in die Blutbahn der Kaninchen zu prüfen. Intakte Nieren waren wenig empfindlich, durch Anwendung von Chloroform, weniger von Aether, wurde die Permeabilität der Nieren vermindert. Diese Beobachtung stimmt mit der Erfahrung, daß Stickstoffoxydul von den Nieren am besten, weniger gut

Digitized by Google

Chloroform, am schlechtesten Aether vertragen wird, schön überein.

Da sich also schon normaliter Verschiedenheiten in der Elimination ergeben, stellte Lipman-Wulf zur Kontrolle, wie sich im gegebenen Fall eine gesunde zu einer kranken Niere verhalte, Tierexperimente nach der Richtung hin an, daß er bei Tieren, deren Ausscheidungskurve in der Norm festgestellt war, nachher durch Kantharidin oder Kal. chrom. toxische Nephritiden erzeugte. Auch diese Versuche verliefen unter den widersprechendsten Resultaten, eine Gesetzmäßigkeit nach irgend einer Richtung konnte nicht konstatiert werden. Durch histologische Untersuchungen dieser intravital gefärbten Organe wurde hingegen der Nachweis erbracht, daß die gelösten Farbstoffe vor ihrer Ausscheidung im Urin erst durch die Epithelien der Tubuli contorti und der Henle'schen Schleifen sezerniert werden und nicht durch Blutgefäße und Glomeruli in den Harn übergehen, wie anderseits wiederholt angenommen wurde.

Aus alledem ist ersichtlich, daß der Methylenblauprobe und ihren (heute sämtlich verlassenen) Variationen allein nicht jene diagnostische Bedeutung zugesprochen werden kann, wie sie ursprünglich vorausgesetzt wurde. Die Widersprüche in den Angaben über die Wichtigkeit und Unwichtigkeit der Verschleppung der Ausscheidung einerseits, der Eliminationsdauer anderseits sprechen zumindest nicht für eine einwandfreie und einheitliche Deutung der Prüfung. Außerdem sind kleine Reste funktionsfähigen Parenchyms ausreichend, um Differenzen gegenüber der Norm zu verdecken. Allerdings findet sich bei Schrumpfnieren eine verringerte Durchlässigkeit des Nierengewebes für das Methylenblau, allein bei der akuten, subakuten und chronisch-parenchymatösen Nephritis, endlich bei der typischen Niereninsuffizienz, der Urämie (Landau u. a.) versagt die Methode, da sich hier der Norm analoge oder graduell nur wenig differente Resultate ergeben. „Als eine allgemeine Funktionsprüfung der sekretorischen Nierentätigkeit kann man also die Methylenblauprobe nicht betrachten" (Casper und Richter), doch gebührt ihr jedenfalls histologisches und theoretisches Interesse. Auf den Wert der Methylenblauprobe bei gesonderter Untersuchung jeder einzelnen Niere soll noch später zurückgekommen werden. (Fortsetzung folgt.)

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Die subkutane Eiweißernährung. Von Dr. Credé.

Während bisher die subkutane Einführung von Fetten (Oelen) und Kohlehydraten in Form von dünnen Traubenzuckerlösungen zwar gelungen ist, jedoch mit Rücksicht auf die große Schmerzhaftigkeit und auf den geringen Kalorienwert sich für die Praxis nicht bewährt hatte, mußte von einer Verwendung von Albuminsubstanzen zur subkutanen Ernährung überhaupt Abstand genommen werden, da die Schwierigkeiten, ein geeignetes Präparat zu finden, das ohne Nachteil zur Assimilierung kommen soll, außerordentlich groß waren. Ein solches Eiweißpräparat mußte möglichst so gestaltet sein, wie es die Magen- und Darmverdauung liefert und z. B. in der Lymphe des Ductus thoracicus vorhanden ist. Es muß 1. in Wasser ganz löslich sein, 2. sich sterilisieren lassen und, weil letzteres nur durch Kochen zu erreichen ist, hiebei nicht gerinnen, 3. darf es örtlich nicht zu sehr schmerzen und keine oder nur geringe örtliche Reaktionen verursachen, 4. muß es assimilierbar und zum Aufbau der Zelle brauchbar sein, d. h. also, es

Digitized by Google

darf als Eiweiß gar nicht oder nur in Spuren ausgeschieden werden und 5. darf es nicht giftig im allgemeinen und nicht reizend für die Nieren sein.

Nach zahlreichen vergeblichen Versuchen mit verschiedenen Präparaten lieferte dem Vf. die chemische Fabrik von Heyden in Dresden-Radebeul ein Eiweißpräparat, welches von ihm mit Nutzen in sehr vielen Fällen angewandt worden ist sowohl als subkutane Injektion, als auch seiner raschen und vollkommenen Aufnahme wegen als Klysma. Dieses Präparat ist aus Fleisch hergestellt und enthält 95% aufgeschlossene, leicht lösliche Eiweißsubstanzen in leicht assimilierbarer Form und geringe Mengen Fleischsalze. Kalodal — so ist der Handelsname der Substanz — ist leicht löslich in Wasser und gibt die bekannten Reaktionen der Eiweißstoffe. Die wässerigen Lösungen sind je nach der Konzentration weingelb bis hellbraun gefärbt, fast geruch- und geschmacklos, von schwach alkalischer Reaktion, kochbar und sterilisierbar. Die 10—12%igen Lösungen sind noch vollkommen dünnflüssig, die konzentrierteren werden dickflüssiger und schließlich gelatineartig. Als Lösungsmittel kann man normales oder schwächeres physiologisches Wasser oder auch destilliertes nehmen, da Kalodal schon etwas Kochsalz enthält.

Vf. hat das Kalodal bei sehr vielen Kranken angewandt und niemals eine Schädigung des Allgemeinbefindens gesehen oder eine länger als wenige Tage dauernde leichte örtliche Reaktion beobachtet. Der subkutanen Eiweißernährung mit Kalodal wurden unterzogen Kranke, welche durch Blutverluste erschöpft, zum Teil ohnmächtig waren, welche im vorgeschrittenen Stadium von Peritonitis und Ileus sich befanden und auf normale Weise nicht mehr genährt werden konnten, ferner Kranke, welche, chronisch siech, an Darm- und Speiseröhrenkrebs litten, und endlich solche, deren Magen sich nach schweren Eingriffen nicht beruhigen wollte. Als Normaldosis gibt Vf. 5·0 Kalodal in 50 g Kochsalzwasser gelöst, weil es anscheinend sich so am leichtesten resorbiert. Diese Lösung wird entweder mit der Spritze direkt gegeben oder es wird diese Menge der zur subkutanen Injektion bestimmten Kochsalzlösung von etwa 500 g zugesetzt, da meistens eine gleichzeitige Kochsalzinfusion angezeigt ist, deren Wert durch die Beifügung von Eiweiß natürlich sehr erhöht wird. Erscheint die Wasserzuführung nicht nötig, kann die 10%ige Lösung ohne weitere Verdünnung gegeben werden, da die mitunter leichten Schmerzen danach bald verschwinden; doch darf nach der Darreichung die Hautstelle nicht massiert werden. Auch nach Injektion von 20·0 Kalodal = 82 Kalorien in 10%iger Lösung hat Vf. anhaltende nachteilige Wirkungen nicht beobachtet.

Was nun den Nutzen am Krankenbette anlangt, konnte Vf. bei mehreren Kranken, die tagelang ohne Nahrung gewesen waren, die dann nur mit Kochsalzwasserinfusion und Kalodallösung, in einigen Fällen auch mit Zuhilfenahme von Nährklystieren für 2—4 Tage ernährt werden mußten, ein relatives Besserbefinden und eine verhältnismäßige Frische bemerken, die bei einem Kranken namentlich, der nicht einen einzigen Tropfen Wasser schlucken konnte, gerade überraschend war, gar nicht anders als durch die Aufnahme von Kalodal erklärt werden konnte. Mehrere dieser Kranken wurden nur hierdurch erst befähigt, die kritischen Tage und die nötigen Eingriffe verhältnismäßig gut zu überstehen.

Als Injektionsstelle empfiehlt Vf. die Oberschenkel, die Bauchhaut, die Lendengegenden und die Unterschlüsselbeingegenden.

In den Handel kommen Glasröhren, welche 50·0 Flüssigkeit enthalten und darin 5·0 Kalodal, also eine 10%ige Lösung. Dieselbe ist jedenfalls für lange Zeit steril und brauchbar, auch wenn sich ein geringer Bodensatz zeigen sollte. Das Röhrchen ist an der angefeilten Stelle, die mit einem Wattabäuschchen umgeben wird, auf eine Kante zu legen und durch einen Schlag auf die Spitze abzubrechen. Der Inhalt ist am besten mit einer Spritze zu entleeren. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 9, 1904.) Laub.

Digitized by Google

Ueber Behandlung einer Pylorusstenose mit Thiosinamin. Von Dr. A. Hartz, Karlsruhe.

Vf. berichtet über einen Fall einer von Prof. Fleiner diagnostizierten narbigen Pylorusstenose, den er mit Erfolg mit Thiosinamin behandelt hatte. Vf. benützte eine 15%ige alkoholische Lösung und machte die Injektionen fast ausnahmslos in den Rücken. Dieselben wurden bis auf geringes, rasch vorübergehendes Unbehagen gut vertragen. Die Erscheinungen seitens des Magens bei dem seit vielen Jahren an Pylorusstenose leidenden Patienten, dem die Aerzte bereits die Vornahme der Gastroenterostomie vorgeschlagen hatten, gingen nach der 11. Injektion so weit zurück, daß Patient relativ schwere Kost bereits vertrug und von der früher täglich vorgenommenen Magenausspülung abstehen konnte. Nach der 23. Injektion hatte Patient keine Beschwerden mehr, die Nahrungsaufnahme und Verdauung wurden normal, das Körpergewicht zeigte eine stetige Zunahme. Vf. schlägt vor, von einer 15%igen alkoholischen Lösung nicht über 1 g pro dosi und zwei Injektionen in der Woche hinauszugehen. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 8, 1904.) Laub.

Klinische Erfahrungen über die Digitalis-Dialysate. Von Dr. A. Doebert.

Die Tatsache, daß infolge des verschiedenen Giftgehaltes der Digitalispflanze die aus ihr bereiteten Infuse und Tinkturen einen verschiedenen therapeutischen Wert besitzen, veranlaßte die Firma Golaz in Saxon in der Schweiz, ein auf einen bestimmten Titre eingestelltes und konstant bleibendes Digitalispräparat herzustellen. Die günstigen Erfolge, die mit diesem Präparat auf der Unverricht'schen Klinik erzielt wurden, veranlaßten den Vf., auf der Abteilung des Prof. Zinn dasselbe nachzuprüfen. Es wurde in mehr als 40 Fällen leichter bis schwerster Herzmuskelinsuffizienz infolge von Myokarditis, chronischer und akuter Endo- und Perikarditis, Arteriosklerose, Emphysem-Bronchitis, Pneumonie, chronischer Nephritis gebraucht. Der Erfolg war stets ein durchaus befriedigender (manchmal ein überraschender) und jedenfalls immer der zu erwartenden Digitaliswirkung entsprechend.

Die Golaz'schen Dialysate sind nach den Beobachtungen des Vf. imstande, da, wo eine Digitaliswirkung erwünscht und möglich ist, eine solche schnell und sicher herbeizuführen, sie setzen in typischer Weise Puls und Atmung herunter, verbessern das Allgemeinbefinden und steigern die Diurese. Als gewöhnliche mittlere Dosis empfiehlt Vf. dreimal 20 Tropfen täglich, die aber unbedenklich bis auf fünfmal 20 Tropfen gesteigert werden kann, und allmähliche Verringerung derselben. — (Die Therap. d. Gegenw., H. 4, 1904.) Laub.

Der akute Gelenkrheumatismus und die intravenöse Salyzilbehandlung. Ein weiterer Beitrag zur endovenösen Applikation der Medikamente. Von Dr. Felix Mendel, Essen-Ruhr.

Vf., der ein Anhänger der intravenösen Applikation von Medikamenten ist, hat Versuche darüber angestellt, ob die wasserlöslichen Salizylpräparate, insbesondere das Natrium salicylicum zu intravenöser Anwendung geeignet erscheint. Zur Vermeidung von Thromben und Embolien darf das Medikament weder Gerinnung in der Blutflüssigkeit hervorrufen, noch die körperlichen Elemente des Blutes in ihrer Vitalität schädigen, noch die normalen Funktionen der Gefäßwand, insbesondere ihres Endothels, beeinträchtigen.

Vf. fand, daß die endovenöse Salizylinjektion (Natrium salicyl. in 20%iger Lösung) zwar einer besonderen Vorsicht und Sorgfalt in der Ausführung bedarf; wurde aber diese in keiner Weise außeracht gelassen, wurden nur Venen von passender Weite ausgewählt und diese durch wiederholte Stauung ad maximum mit Blut gefüllt, wurden ferner alle die Vorsichtsmaßregeln beachtet, welche eine vollkommen gelungene intravenöse Infusion garantieren (Fixierung der Vene, Aufsteigen der Blutsäule in der Nadel etc.), so verliefen die Injektionen (Vf. hat deren über 300 gemacht) ohne jede örtliche und allgemeine Störung.

Digitized by Google

Folgende Lösungen wurden vom Vf. als die geeignetsten befunden und fast ausschließlich angewandt.

Natr. salicyl.	8·00,
Coffein natr. salicyl	2·00,
Aq. dest. ad	50·00

oder

Natr. salicyl.	8·75,
Coffein	1·25,
Aq. dest. ad	50·00.

Den geringen Gehalt an Koffein bezeichnet Vf. als völlig irrelevant. Von dieser Lösung wurden bei Erwachsenen 2 g, bei Kindern entsprechend weniger infundiert und die Einspritzungen je nach der Intensität der Erkrankung und der Dauer der Wirkung in Intervallen von 12 Stunden bis drei Tagen so oft als notwendig wiederholt.

Der Effekt war, nach Mitteilung des Vf., „ein geradezu frappanter und steht, was Schnelligkeit und Sicherheit der Wirkung betrifft, einzig da in der medikamentösen Therapie. Alle durch rheumatische Erkrankungen hervorgerufenen Schmerzen verschwinden in allen Fällen fast sofort nach der Injektion". Hingegen wurde das Fieber bei akutem fieberhaften Gelenksrheumatismus durch die Behandlung nicht direkt beeinflußt. Gewöhnlich schwand dasselbe nach 5—6 Injektionen, indem nach jeder Injektion eine allmähliche Abschwächung des gesamten Krankheitsbildes einzutreten pflegte.

Da aber der akute fieberhafte Gelenksrheumatismus durch die interne Salizylbehandlung nicht selten schnell kupiert werden kann, so ist es ratsam, in diesen Fällen zuerst die interne Therapie zu versuchen und erst, wenn diese versagt, die intravenöse Behandlung zu setzen, die dann erst — nach Ansicht des Vf. — ihre besten Erfolge zeitigt. — (Therap. Monatsschr., H. 4, 1904.) Laub.

Zur Anwendung der Lumpalpunktion bei Hirntumoren. Von Ernst Masing, Assistent. (Aus der med. Klinik des Prof. Dehio in Dorpat.)

Trotzdem es sehr verlockend erscheint, den durch das Wachstum des Tumors erhöhten Hirndruck, die Hauptursache der Beschwerden, durch die an sich ungefährliche Lumbalpunktion herabzusetzen, so hat die Praxis den Erwartungen keineswegs entsprochen. Neben vorübergehenden Besserungen oder Erfolglosigkeit des Eingriffes sind bis zum Jahre 1900 15 Todesfälle im Anschluß an die Punktion bei Hirntumor bekannt geworden. Der Zusammenhang ist wohl so zu denken, daß der wachsende Tumor durch Kompression des Aquaeductus Sylvii oder durch Verschluß des Foramen Magendii die Kommunikation zwischen Hirn- und Rückenmarkshöhlen aufhebt. Unter diesen Umständen kann die Lumbalpunktion den Hirndruck nicht herabsetzen; dieser wird vielmehr des fehlenden Gegendruckes halber deletär auf den Hirnstamm, besonders die Medulla oblongata wirken. In dem Falle des Verfassers trat unmittelbar nach der Punktion Uebelkeit, Somnolenz und nach 15 Stunden der Tod ein. Bei der Sektion fand sich eine frische, aus der im rechten Temporallappen sitzenden Geschwulst stammende Blutung, die in das rechte Unterhorn durchbrochen war. Ihre Ursache war jedenfalls die durch die Punktion gegebene rasche Hirndruckverminderung. — (Med. chir. Zentralbl. Nr. 6, 1904.)

Dr. Rosenthal.

Experimentelle Studien über den therapeutischen Wert des „Fersan" als Eisen- und Nährpräparat. (Aus dem Laboratorium der königl. med. Klinik in Bologna.) Von Dr. Ghezzi.

Das Fersan, welches nunmehr auch in Italien Eingang gefunden hat, wurde in dem Laboratorium der Universität Bologna von dem Verfasser einer eingehenden experimentellen Prüfung unterzogen, wobei nicht nur das Blut, sondern auch Harn und Fäzes auf die Menge des ausgeschiedenen Eisens untersucht wurde. Die sehr genau und ausführlich angestellten Untersuchungen ergaben, daß das im Fersan enthaltene Eisen vollkommen resorbiert wird bis zu Quantitäten von 3 g pro die und zum größten Teile bei großen Dosen bis zu 10 g. Das nicht zur Blutbildung verwendete Eisen konnte im Harne nachgewiesen werden. Nach Vf.

Digitized by Google

stellt das Fersan als Eisen — Acid albumin-Verbindung einen bedeutenden Fortschritt auf dem Gebiete der Therapie der Blutkrankheiten dar. — (Gazetta degli ospedali e delle cliniche Nr. 84, 1903.)

Dr. Rosenthal.

Ein Mittel gegen Trunksucht. Von Hans Laehr.

Anstatt des früher häufig angewendeten Strychnins wird hier eine Kombination dieses Mittels mit Opium warm empfohlen. Alkoholdeliranten erhalten, nachdem der erste Schlaf eingetreten und der Darm genügend entleert ist, täglich 2 mg Strychninsulphat subkutan durch sieben Tage hindurch, außerdem durch 14 Tage je 2 eg Extr. opii in Pillen. Oft schon nach der zweiten, sicher aber nach der vierten Injektion empfindet der Kranke heftigen Widerwillen gegen alkoholische Getränke. Dipsomanen und Deliranten bedürfen des Eintrittes in eine Irrenanstalt, wo sie außerdem noch täglich durch zehn Minuten ein laues Bad mit kühlen Umschlägen auf den Kopf erhalten. Das Verfahren ist von dem spanischen Irrenarzte Gonzalez angegeben. — (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 60, H. 6.)

Dr. Rosenthal.

Aegypten und die Tuberkulose. Von Dr. v. Becker, Kairo.

Vf., der Chefarzt des österreichischen Spitals und bereits seit 22 Jahren in Aegypten ansässig ist, legt kurz seine Erfahrungen über das in Frage stehende Thema nieder. Er weist vor allem nach, daß es im Niltal einheimische Tuberkulose gibt, die allerdings bei den verschiedenen Volksstämmen verschieden häufig ist, so z. B. ist sie bei den Fellachen und Beduinen äußerst selten, während sie bei den aus dem Süden eingewanderten Nubiern erschreckend häufig auftritt. Bezüglich der in Aegypten ansässigen Europäer meint Vf., daß wohl die Mehrzahl ihre Tuberkulose aus der Heimat mitgebracht hat, doch fand er auch wiederholt in Aegypten erworbene Tuberkulose; letztere tritt (speziell unter den Tabakarbeitern) oft in geradezu bösartiger, rapid verlaufender Form auf. Bezüglich der Indikation des ägyptischen Klimas hält Vf. Phthisiker mit reichlichem Sekret (auch Kavernen und Bronchiektasien) für geeignet, dasselbe aufzusuchen, dagegen nicht die mit Sekretarmut und trockenem Husten. Für „geradezu verbrecherisch" hält er es, „Kehlkopfaffektionen nach Aegypten zu dirigieren". Ob ein Phthisiker den ägyptischen Sommer verträgt, kann man nie voraussagen, dies bleibt in jedem Falle ein Experiment. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1904.)

Baer.

Zur Behandlung der fiebernden Phthisiker in den Lungenheilanstalten. Von Lorentz-Halila, Finnland.

L. nimmt den heute auch in Deutschland fast allgemein üblichen Standpunkt ein, die Patienten bis zur vollständigen Entfieberung im Bette zu halten (bei offenem Fenster) und ihnen erst dann das Aufsuchen der Liegehalle zu gestatten. Namentlich bei fortschreitenden Prozessen ist oft monatelange Bettruhe notwendig, um den Prozeß zum Stillstand zu bringen. Daneben empfiehlt er Prießnitz'sche Umschläge und Abreibungen. Von symptomatischen Mitteln gibt er nur Ichtyol und Guajakol bei reichlichem eitrigen Auswurf, von Antipyretizis besonders Pyramidon. — (Zeitschr. f. Tuberk. u. Heilst. 1903, Bd. 5, H. 2.)

Baer.

Zur Hetolbehandlung der Tuberkulose. Von Dr. Brasch.

Ueber die Hetolbehandlung der Lungentuberkulose wurde seinerzeit viel geschrieben und gestritten, bis sie wieder aus der Diskussion verschwand. Nun bringt ein Praktiker einen kleinen Artikel, in dem er sich begeistert für die Hetoltherapie einsetzt. Daß diese nicht mehr geübt wird, führt er auf die Methode der Anwendung zurück, die er scheinbar für sehr schwer erlernbar hält. Es ist dies ein schwerwiegender Vorwurf gegen Aerzte, die es mit dem Wohle ihrer Patienten ernst meinen, ganz abgesehen davon, daß eine intravenöse Injektion gewiß kein so schwieriger Eingriff ist! Vf. bringt dann eine (wohl allzugenaue) Beschreibung der Methode.

Digitized by Google

Seine Resultate sind allerdings ganz auffallend gute, nur fällt es etwas schwer, auf Treu und Glauben hinzunehmen, daß schon nach einigen Wochen die für den Kranken besonders lästigen Symptome: Schweiße, Husten, Appetitlosigkeit, Abmagerung verschwinden und bereits nach 5—6 Monaten in geeigneten Fällen Heilung eintritt, nota bene bei ambulatorischer Behandlung, ohne Unterbrechung der Berufstätigkeit. Zum Schlusse gibt Vf. eine kleine Statistik über 52 mit Hetol behandelte Patienten. Seinen Optimismus beleuchtet der Umstand, daß er von acht Patienten „mit Sicherheit" annimmt, „daß sie vollkommen geheilt worden wären", wenn sie nicht sich der Behandlung entzogen hätten, da sie sich „wie neugeboren fühlten". — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9, 1904.)

Baer.

Physikalische Therapie.

Die rationelle Hydrotherapie als Mittel zur Regulierung des Druckes in den Arterien. Von Dr. Beni Barde.

Die klinischen Beobachtungen beweisen unwiderleglich, daß die korrekt angewandte Hydrotherapie imstande ist, die Störungen in der arteriellen Spannung zu verbessern und die Blutzirkulation zur Norm zurückzuführen. Die kalten Wasserprozeduren üben je nach ihrer Intensität und der Empfindlichkeit des Patienten einen sehr differenten Einfluß aus. Diese Eindrücke übertragen sich reflektorisch auf das Gehirn und das Rückenmark und hiedurch stellt sich eine Verbindung mit allen Geweben und Organen her.

Eine kurze kalte Dusche bewirkt an und für sich und auch auf dem Wege der Reaktion eine Erhöhung der Nerventätigkeit, der Muskelkontraktion und eine Beschleunigung der Blutzirkulation. Dieses momentane Anschwellen der wichtigsten Funktionen des Organismus steht auch in engster Beziehung mit einer Erhöhung der arteriellen Spannung, deren Umfang fast stets mit der Intensität, Dauer und Reaktion der kalten Applikation gerade proportioniert ist. Diese kurze kalte Dusche ist daher im wahren Sinne des Wortes eine drucksteigernde Prozedur. Bei dieser Dusche muß auch noch eine andere hydriatische Prozedur erwähnt werden, die besonders bei auf anämischer Grundlage beruhender erhöhter Arterienspannung von Nutzen ist. Es ist das eine mäßig kalt temperierte Dusche unter einem niedrigen Drucke und von so langer Dauer, bis eine genügende Reaktion eintritt. Die größte Sicherheit gegen eine Ueberspannung der Gefäße bietet die temperierte Dusche und sie ist daher ein Heilmittel katexochen. Das sich über die ganze Körperoberfläche sanft ausbreitende Wasser darf weder eine Kälte- noch eine Hitzeempfindung auslösen; es muß sich jeder Krankenindividualität anpassen und sich daher zwischen 33—37° C., also innerhalb der neutralen Zone bewegen können. Die Brause darf nur einen geringen Druck und Reiz ausüben und muß hauptsächlich auf die Seitenpartien neben der Wirbelsäule gerichtet sein; die Dauer beträgt je nach der Individualität drei bis acht Minuten. Diese Dusche ist bei allen Prozessen, welche auf einer erhöhten Spannung der Arterien beruhen, indiziert. Der Autor beruft sich auf die wichtige Aeußerung Huchards: bei Herzkrankheiten und bei verschiedenen anderen pathologischen Zuständen ist die Herzschwäche sehr oft nicht bloß von dem Zentralorgan und dessen Innervation abhängig, gar nicht selten bestehen periphere Hindernisse, bei deren Beseitigung die allgemeine Störung aufhört. Huchard bezieht sich hier auf das periphere Herz und dessen Heranziehung zur Bekämpfung der arteriosklerotischen Erscheinungen. Und gerade bei diesen Störungen leistet die Hydrotherapie ganz außerordentliche Dienste. Insbesondere kommt hier eine lauwarme Regendusche in Betracht, welche aber an den oberen Körperpartien nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden darf. Die Dauer beträgt 1—2 Minuten. Sukzessive gehe man mit der Temperatur soweit herab, bis der Patient eine unangenehme Kälteempfindung verspürt und in diesem Moment muß man mit der Temperatur der Dusche wieder ansteigen. Diese Duscheform vermeidet eine brüske Reaktion und übt

Digitized by Google

einen überaus günstigen Einfluß auf den Kreislauf im peripheren Gefäßnetze aus. — (Gazette de Eaux, 1. Okt. 1903; Bl. f. klin. Hyd. Nr. 2, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Physikalisch-diätetische Behandlung des Morbus Basedowii. Von Dr. Fr. Bishop.

Vor allem spielt körperliche und geistige Ruhe eine große Rolle, die Patienten sollen früh das Bett aufsuchen und dasselbe spät verlassen. Jeder Druck auf das Abdomen und den Thorax soll vermieden werden und eine ordentliche Gymnastik, in tiefen regelmäßigen Inspirationen bestehend, muß in einer staubfreien Luft geübt werden. Bei der Ernährung ist eine stickstofflose Kost von der größten Bedeutung. Wenn auch die Kranken bei diesem Regime nicht viel Fett ansetzen, so bietet es doch dem Nerven- und Muskelsystem die günstigsten Ernährungsbedingungen. Viele Autoren sind der Ansicht, daß man die besten Resultate durch eine entsprechende Elektrotherapie erzielt. Der Vagus kann am leichtesten vom Hals aus gereizt werden, wodurch die Herzbewegungen sich verlangsamen. Vf. bevorzugt den konstanten Strom, und zwar gleichzeitig rechts und links. Er setzt eine große positive Elektrode oben am Hals an und zwei kleinere Elektroden, welche sich gabelförmig von dem negativen Draht abspalten, unten am Halse, rechts und links von der Thyreoidea, auf den Vagus. Man erhöhe langsam die Stromstärke gerade noch zur Erträglichkeit und lasse den Strom 10—15 Minuten einwirken, bis eine Beruhigung sich zeigt, dann soll der Strom ebenso lange direkt auf die Thyreoidea einwirken; jeden zweiten Tag wird die Applikation wiederholt. Die Stromintensität muß, je nach der Wirkung auf den Puls, reguliert werden. — (Medikal Record Nr. 10, 1903.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Zur Thiosinaminbehandlung von Kontrakturen. Von Dr. P. Lengemann.

Vf. berichtet über den weiteren Verlauf von zwei Fällen von Dupuytren'scher Kontraktur, die er im vorigen Jahre mit Thiosinamininjektionen behandelt hat. Der gute Erfolg der Behandlung blieb bestehen, die Kontrakturen haben sich nicht wiederhergestellt.

In einem dritten Falle von Fingerkontraktur, die seit zehn Jahren bestand, trat nach 40 Injektionen, verbunden mit Massage und passiven Streckungen, warmen Bädern und Auflegen von Thiosinaminpflastermull vollständige Heilung ein. Einen ebenfalls guten Erfolg hatte Vf. bei der Behandlung einer hochgradigen Bewegungsstörung des Daumens nach Verletzung zu verzeichnen und empfiehlt daher diese Behandlung bei narbigen Veränderungen der Haut und der tieferen Weichteile, wie sie nach schweren Phlegmonen aufzutreten pflegen. Vf. macht die Injektionen in das narbige Gewebe selbst, was natürlich unter sehr hohem Drucke geschehen muß. Behufs Verminderung der Schmerzhaftigkeit injiziert er früher Kokain, läßt die Kanüle liegen und spritzt dann die Thiosinaminlösung an dieselbe Stelle. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13, 1904.) E.

Untersuchungen und Erfahrungen über den Einfluß von Operationen auf den Verlauf und Ausgang des Diabetes mellitus. Von O. Körner.

Vf. hat sich der Mühe unterzogen, seine Fälle von Operationen an Diabetikern mit gleichartigen Fällen aus der Literatur zu vergleichen, um endgiltig zu allgemein geltenden Schlüssen über den Einfluß des Eingriffes auf den weiteren Verlauf der Diabetes zu gelangen. Die bisherigen, weit auseinander gehenden Ansichten hatten ihren Grund in dem ungleichmäßigen Material, das den verschiedenen Beobachtern zur Verfügung stand.

Vf. hat nur Operationen am Warzenfortsatz miteinander verglichen und kommt zu Schlußfolgerungen, welche zunächst nur für Operationen von der Bedeutung und der Dauer der Mastoiditisoperation galten. Nach seiner Erfahrung ist ein operativer Eingriff zwar imstande, bei einer leichten Form des Diabetes die Zuckerausscheidung vorübergehend zu steigern, aber die Gefahr des Ueberganges der leichten Form

Digitized by Google

in die schwere scheint nicht zu bestehen. Der Eintritt des Koma ist nur zu befürchten, wenn der Fall vor der Operation bereits die klinischen Erscheinungen der schweren Form gezeigt hat, speziell wenn die Gerhardt'sche Probe auf Azetessigsäure positiv ausfällt. Dementsprechend stellt Vf. auch die Indikation zur Operation. Bei leichten Formen des Diabetes ist jede sonst indizierte Operation gestattet, Operationen ex indicatione vitali dürfen bei mittelschweren und sogar bei schweren Fällen vorgenommen werden. — (Mitt. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir., Bd. 12, Nr. 5.) E.

Zur Frage der zirkularen Vereinigung von Blutgefäßen mit resorbierbaren Prothesen. Von Prof. Dr. Peyer.

Vf., der als erster die Vereinigung quer durchtrennter Gefäße mittels Prothesen aus Magnesium angegeben hat, bespricht die in der letzten Zeit über dieses Thema erschienenen experimentellen Arbeiten und weist die Einwände, die die verschiedenen Experimentatoren gegen die Methode erhoben, auf Grund seiner ausgiebigen persönlichen Erfahrung zurück.

Auch am Menschen gelang dem Vf. die zirkuläre Vereinigung der Vena femoralis unterhalb des Poupart'schen Bandes mittels einer endovasalen Magnesiumprothese; als die Patientin drei Tage nach der Operation an einer Pneumonie starb, fand man das Lumen des Gefäßes durchgängig.

Vf. ist der Meinung, daß die Methode den an sie gestellten Anforderungen entspricht; sie ist einfach, sicher und technisch ohne besondere Schwierigkeiten durchführbar. Der Vorwurf, der der Methode gemacht wird, daß es nämlich notwendig ist, eine Anzahl entsprechender Prothesen zu besitzen, kann doch unmöglich von großer Bedeutung sein. — (Langenb. Arch., Bd. 72, H. 1.) E.

Ueber die Heilung Jackson'scher Epilepsie durch Operation. Von Dr. Schulze-Berge.

Vf. berichtet über drei günstig beeinflußte Fälle von Jackson'scher Epilepsie; ein Patient ist seit 6, einer seit 8 und einer seit 13 Jahren geheilt. Im ersten Falle, in welchem die Krämpfe von der oberen Extremität ausgingen, entdeckte Vf. nach Abheben der Dura in dem entsprechenden Zentrum drei Zysten, die mit schwammigen Massen ausgefüllt waren; mit dem scharfen Löffel entfernte Vf. die schwammigen Massen und entfernte die Zystenwand bis tief in die weiße Hirnsubstanz, so daß der Defekt ungefähr $1^1/_2$ cm tief war. Der Arm und das Bein sind paretisch geblieben. Interessant ist der Fall auch durch die große Knochenproduktion des Periosts, welche den Defekt bis auf ein Fünftel der ursprünglichen Größe verkleinerte.

Im zweiten Fall eröffnete Vf. eine große porenzephalische Zyste, und deckte den vorhandenen Knochendefekt durch einen Hautperiostknochenlappen. Im dritten Fall exstirpierte Vf. das Zentrum des Daumens, das mit dem faradischen Strome aufgesucht wurde, da von hier die Epilepsie gewöhnlich ihren Anfang nahm. Hingegen konnte in einem vierten Falle keine Heilung erzielt werden.

Bei Exstirpation des affizierten Rindenzentrums rät Vf., radikal vorzugehen und das Zentrum bis in die weiße Substanz zu exstirpieren, da man nur so sicher alles Krankhafte entfernt und anderseits ein Teil der Paresen auch noch bei dieser weitgehenden Exstirpation zurückgeht. Einen gewissen Grad von motorischer Schwäche wird man gerne mit in den Kauf nehmen, wenn man den Patienten von der Epilepsie dauernd befreit.

In Bezug auf Sympathikusdurchschneidung, die von Jonnesco zur Heilung der Epilepsie ausgeführt wird, rät Vf., sehr vorsichtig zu sein, da die infolge Durchschneidung des Sympathikus eintretende Atrophie der Gefäße seiner Meinung nach allmählich zu einer irreparablen Atrophie der Hirnsubstanz führen muß. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 72, H. 1.) E.

Neubildung der Patella durch einen Periostsehnenlappen aus der Tibia. Von Dr. Dumstrey.

Ein Mann erlitt beim Verschüttetwerden eine komplizierte Fraktur der Patella mit Eröffnung des Kniegelenkes; über dem Gelenk verlief eine quere Wunde

Digitized by Google

und die untere Hälfte der Patella war in mehrere kleine Splitter geteilt, von welchen einige in dem das Gelenk ausfüllenden Blutgerinnsel lagen. Da der Abstand der beiden Fragmente 5—6 cm betrug und in diesem Falle an eine Naht der Patella nicht zu denken war, entschloß sich Vf. zu folgendem Operationsverfahren, um die Funktion des Gelenkes wiederherzustellen. Er bildete aus dem Reste der Sehne, die an der Tuberositas tibiae inseriert, und dem benachbarten Periost der Tibia einen Periostsehnenlappen den er mit einer dünnen Schichte Knochen abpräparierte und nach oben umklappend an das obere Patellarfragment mit Silberdraht befestigte.

Die Heilung ging gut von statten; mit der Massage des Gelenkes wurde frühzeitig angefangen. Nach einigen Wochen konnte man die Neubildung von Knochen konstatieren; die neugebildete Patella hatte zwar eine unregelmäßige Form, die Funktion der Extremität war aber, wider Erwarten, tadellos. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1904.) E.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Behandlung der Gebärmutterentzündungen. Von Beurnier.

Vf. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen folgende therapeutische Verfahren: 1. Die akute Endometritis ist mit absoluter Ruhe, Kataplasmen oder Eis, heißen Irrigationen, Glyzerin oder Vaselintampons zu behandeln. 2. Die hämorrhagische Endometritis bedarf der Auskratzung, welch letztere zumeist gute Resultate ergibt. Rezidiven sind allerdings nicht ausgeschlossen. 3. Die einfache chronische Endometritis ist nach allmählicher Dilatation mit nachfolgenden Uterusspülungen und Aetzungen mit Jodtinktur, Argentum nitricum, Chromsäure, Chlorzink etc. zu behandeln. 4. Die eitrige chronische Entzündung ist für gewöhnlich nach denselben Prinzipien zu behandeln wie die vorige. 5. Von der Behandlung mit Elektrizität sind bisher keine befriedigenden Resultate zu verzeichnen gewesen, ebensowenig von der Behandlung mit Bromdämpfen, 6. Die Endometritis der Jungfrauen muß mit Jodpinselungen oder Jodinjektionen mit der Braun'schen Spritze behandelt werden. 7. Der Allgemeinzustand muß durch entsprechende Behandlung gehoben werden, falls neben der Endometritis noch Tuberkulose oder Skrofulose etc. vorhanden ist. 8. Bei allen Formen der Endometritis zu kurettieren ist falsch. 9. Es ist darauf Rücksicht zu nehmen, daß ein geheilter Uterus leicht wieder von einer neuerlichen Entzündung befallen werden kann. 10. Nach einer operativen Behandlung empfiehlt sich, eine hydrotherapeutische Kur folgen zu lassen und die Allgemeinbehandlung ganz besonders im Auge zu behalten. — (Bull. génér. de thérapeutic., Suré 70.)

Königstein.

Petroselinum in der geburtshilflichen Praxis.

Als „Petroselin" wird ein Medikament bezeichnet, das als aktives Prinzip den Samenextrakt einer Varietät von Petroselinem enthält. Dasselbe kann als ein aus der Familie der Phenole stammender Aether bezeichnet werden, mit scharfem bitteren Geschmack und penetrantem Geruch. Er ist unlöslich in Wasser, wenig löslich in fetten Oelen und Aether, gut löslich im Alkohol. In Verbindung mit Menthol bildet derselbe einen Körper mit mächtigen analgetischen Eigenschaften. Das Medikament wird verordnet in Form von Dragées mit dem Gehalte von 0·02 mentholisiertem Petroselinum.

Das Mittel wurde vor allem gegen schmerzhafte Nachwehen versucht und ergab in den 60 geprüften Fällen beträchtlichen Erfolg. Es genügten bei Einnahme von 2 Dragées jede halbe Stunde, in einfachen Fällen, 6 Dragées, in rebellischen Fällen 12; niemals irgend welche toxische Symptome (Kopfschmerzen oder Hauteruptionen), keine Benachteiligung der Milchsekretion.

Die Wirkung äußert sich nur in Bezug auf die Schmerzhaftigkeit der Wehen, während die Uterus-Kontraktionen ihre Intensität bewahren. Unter 60 Fällen wurde 47mal ein evidenter Erfolg er-

Digitized by Google

zielt; in einigen Fällen, in denen die Nachwehen bereits 18 Stunden bestanden, war keine Wirkung zu konstatieren, endlich war in einigen Fällen der Erfolg nur vorübergehend, in einer Reihe von sehr rebellischen Fällen endlich wurde mit 12 Dragées gar keine Besserung erzielt. In einem Falle von schmerzhaften Wehen in der Eröffnungsperiode konnte durch Einnahme von 6 Dragées die Wehentätigkeit schmerzlos und regelmäßig umgewandelt werden. (Le Progrès Médical, 10. Okt. 1903.) Laufer.

Chinin zur Ausstoßung der Placenta.

Pinard hat die Meinung, daß Chinin ein Abortivmittel sei, schon als irrtümlich bezeichnet. Chinin bewirkt nur dann Kontraktionen des Uterus, wenn dessen Tätigkeit schon begonnen hat: hat der Uterus z. B. einen Foetus ausgestoßen, so bewirkt Chinin die Expulsion der Placenta. So beobachtete Lepage einen Fall, wo in der dritten Gravidität seit einigen Wochen Blutungen persistierten; objectiver Befund: Fundus uteri 2 Finger über der Symphyse, Cervicalkanal durchgängig, kein Fieber. Nach zweimaliger Darreichung von Chinin sulfur 0·5 Ausstoßung des Foetus mitsamt der Placenta. Die Verordnung des Chinin sulfur — in 2 Dosen von 0·5 mit einigen Stunden Intervall — darf nur erfolgen, wenn die Frau kein Fieber hat und der Zustand nicht gefahrdrohend ist, oder wenn die Frau einen Eingriff verweigert. — (Journal des Praticiens, Nr. 39).

Laufer.

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit reflektiertem Sonnenlichte. Von Dr. Josef Sorgo.

Die Erfolge der Lichttherapie bei Hautkrankheiten, besonders beim Lupus, legen den Gedanken nahe, dieselbe auch bei Tuberkulose des Kehlkopfes in Anwendung zu bringen. Die Belichtung von außen her gibt wohl keine guten Chancen, da die wirksamen kurzwelligen Strahlen wohl sämtlich vom Blut absorbiert werden und kaum ins Innere des Kehlkopfes dringen würden; die Belichtung von der Mundhöhle aus ist aber derzeit technisch noch nicht ausführbar. Vf. kam nun auf den Gedanken, durch einfache Besonnung des Kehlkopfes, durch Anwendung des reflektierten Sonnenlichtes mittels des Kehlkopfspiegels, die therapeutische Beeinflussung der Larynxtuberkulose zu versuchen. Ein 24jähriger Patient der Heilanstalt Alland mit ziemlich ausgedehnter Tuberkulosis laryngis wurde nun zunächst jeden Mittag durch $^3/_4$—1 Stunde im Sonnenlicht laryngoskopiert, lernte aber alsbald, sich selbst zu laryngoskopieren, wobei er der Sonne den Rücken wandte und das Sonnenlicht durch einen vor ihm befestigten Toilettespiegel in seine Mundhöhle geworfen wurde. Nach dreiwöchentlicher Behandlung zeigte sich bedeutende Besserung, die nach weiteren 17 Sitzungen noch sehr große, an mehreren Bildern demonstrierte Fortschritte machte. Verbesserungsfähig wäre das Verfahren noch durch vorhergehende Kühlung der Sonnenstrahlen durch ein Wasserfilter und durch Anämisierung der Schleimhaut durch Adrenalin. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 1, 1904.) Weil.

Die Behandlung der Ozaena mit Hartparaffininjektionen. Von Dr. H. Fließ.

Von der Erwägung ausgehend, daß zwischen Ozaena und abnormer Nasenweite ein kausales Abhängigkeitsverhältnis besteht, da manchmal bei einem solchen Kranken die durch Septumdeviation etc. verengte Nasenseite auch viel weniger Borken aufweist, versuchte man, diesen Naturvorgang nachzuahmen, indem man durch Einspritzung von Paraffin (nach Gersuny's Idee) in die untere Muschel das Volum derselben vergrößert und so die Nasenhöhle verengert. (Aehnliches hat man schon früher mit Bleiplättchen u. dgl. gemacht.) F. machte Injektionen von Hartparaffin mit langen, wegen ungehinderten Lichtzutrittes bajonettförmig gekrümmten Nadeln. Die Nasenhöhle wird sorgfältig gereinigt und kokainisiert; dann injiziert man in den hinteren und danach in den vorderen Teil der unteren Muschel und, wenn man damit die gewünschte Verengerung der Nasen-

Digitized by Google

höhle noch nicht erzielt hat, auch unter die Septumschleimhaut. Meist konnte man beide Seiten in einer Sitzung injizieren; nur selten zwang eine stärkere Blutung zu einer Unterbrechung. Bisher hat Vf. in 12 Fällen sehr zufriedenstellende Resultate erzielt. Eine definitive Heilung wurde selbstverständlich nicht erreicht und auch nicht erwartet, wohl aber in allen Fällen eine symptomatische Besserung, wie sie bisher durch keine andere Behandlung erzielt wurde. Borken und Krusten verschwanden teils gänzlich, teils war nur schleimiges Sekret in geringer Menge vorhanden. Vom üblen Geruch ist bei den meisten Patienten nichts mehr, bei den anderen sehr wenig zu bemerken. Einigemal traten Schmerzen in der Stirne oder Wange auf, die bald zurückgingen, einmal eine brettharte Infiltration zwischen den Augenbrauen, die auf warme Umschläge nach zwei Tagen verschwand. F. verwendete nach Eckstein Paraffin von 50 Grad bis 52 Grad Schmelzpunkt, nicht aber das von Gersuny ursprünglich angegebene Vaselin von 36 Grad bis 40 Grad, weil nach Anwendung des Hartparaffins bisher noch keine Lungenembolien oder solche der Augengefäße vorgekommen sind. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 10, 1904.) Weil.

Modifikation der Beckmann'schen Rachenkurette. Von Dr. A. Rosenstein.

Beim Gebrauch der Beckmann'schen Kurette zur Abtragung der adenoiden Wucherungen stößt in einer ziemlich großen Zahl von Fällen der gerade Schaft des Instruments an die unteren Zähne, noch bevor das Messer die vorderste Partie des Rachendaches erreicht hat; infolge dessen bleiben die vordersten Teile der Rachenmandel stehen. Während die Modifikationen von Fein und Katz diesem Uebelstand durch seitliches Abbiegen des Schaftes der Kurette abzuhelfen trachten, hat Vf. deshalb dem mittleren Teile des Schaftes eine nach oben konvexe bogenförmige Krümmung gegeben, wobei die einfache gerade Führung der gebräuchlichen Kuretten erhalten bleibt. (Ob da aber beim Herabführen des Messers und Heben des Griffes nicht wieder die oberen Zähne ein Hindernis bilden werden? Ref.) — Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1904.) Weil.

Die Amputation der hypertrophischen Gaumentonsillen mit der kalten Schlinge. Von Dr. Henrici.

Hyperplastische Gaumentonsillen werden jetzt selten mehr mit dem Knopfmesser, meistens mit den besonders dazu konstruierten Tonsillotomen abgetragen; aber auch diese haben viele Mängel und arbeiten häufig unvollkommen, namentlich bei intramural liegenden Mandeln und bei solchen, die mit den vorderen und hinteren Gaumenbögen verwachsen sind. Auch läßt sich mit ihnen der untere, zuweilen tief über den Zungengrund hinabreichende Teil der Tonsille meistens sehr schwer fassen. Am besten sind nach Vfs. Meinung die Mandeln mit einer Schlinge zu fassen (angewachsene Gaumenbögen müssen zuerst von den Mandeln abgelöst werden). Der dünne, biegsame Draht läßt sich leicht und ohne große Beschwerden für den Kranken um jede Tonsille legen (? Ref.). Die kalte Schlinge ist schon in den Dreißigerjahren des vorigen Jahrhunderts angewendet und später mit Unrecht von der Glühschlinge verdrängt worden. Diese arbeitet bei den leider noch immer so häufig vorkommenden Störungen in den elektrischen Apparaten und Handgriffen natürlich sehr unverläßlich und ein plötzliches Versagen bei halb durchschnittener Tonsille ist, namentlich bei unruhigen Kindern, ein höchst unangenehmes Ereignis. Die Blutungen sind auch durch die Glühschlinge nicht ganz zu verhindern, erfahrungsgemäß auch nachträgliche Infektionen nicht, denn der anfangs aseptische Schorf gibt später einen guten Nährboden für alle möglichen Bakterien ab. Der Wundschmerz ist ziemlich heftig und dauert relativ lange, auch ist die Heilungsdauer fast doppelt so lange als bei Anwendung kalter Instrumente.

Demgegenüber bezeichnet Vf. die Anwendung der kalten schneidenden Schlinge als eine geradezu ideale Methode. Er benützt den Krause'schen Schlingenschnürer mit kräftigem geradem

Digitized by Google

Führungsrohr, dessen vordere Oeffnung einen besonders verstärkten Rand haben muß, damit der mit Kraft angezogene Stahldraht weder in denselben einschneiden, noch von ihm durchschnitten werden könne. Das Führungsrohr darf natürlich nur einfach sein, da ja die Schlinge vollständig hineingezogen werden muß, um ganz durchschneiden zu können. Die Blutung ist dabei (wahrscheinlich infolge des Zusammenschnürens) stets gering, die Schmerzen ebenfalls. Man lege die Schlinge um das untere Ende der Mandel und drücke das Ende des Rohrs oben in die Nische. Das Durchschneiden der Mandel erfordert einige Kraft; bei Kindern geht es gewöhnlich mit der rechten Hand allein, bei Erwachsenen muß man oft die linke zur Hilfe nehmen oder selbst (bei starker Bindgewebsentwicklung) mittels eines Schlüssels, einer Drahtzange oder dergleichen den Zug am Drahte verstärken. Die Mandeln, die ja vollständig abgeschnitten werden, fallen meistens in den Schlund und werden sehr leicht verschluckt.

Man muß darauf achten, daß die Schlinge nicht zu lang ausfällt, da sie sonst nicht ganz durchschneiden kann; auch muß man die Drahtenden sorgfältig am Schlitten oder an den Fingerringen befestigen; die Fixierung durch die dazu bestimmte Schraube allein genügt bei dieser großen Kraftanwendung absolut nicht. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 14, 1904.) Weil.

Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Menthorol. Von Cybulski, Görbersdorf.

Unter Bezug auf 15 beigefügte Krankengeschichten empfiehlt Vf. das Menthorol aufs wärmste. Es soll bei Anwendung in 5—15%iger Lösung für kurze Zeit leichten Schmerz, dann aber für viele Stunden Unempfindlichkeit erzeugen, die bei einigen Kranken selbst stärker sein soll als schwache (!) Kokainlösung. Dadurch würde selbstverständlich bestehende Dysphagie beseitigt und den Kranken die Nahrungsaufnahme erleichtert. Es soll daher besonders in schwersten Fällen von großem symptomatischem Werte sein. — (Zeitschr. f. Tuberk. u. Heilst., Bd. 5, H. 3, 1904.) Baer.

Ohrenheilkunde.

Zur Behandlung der akuten Mittelohrentzündung. Von Dr. Heine, I. Assistent der Klinik Lucae in Berlin.

Heine unterscheidet zwischen Catarrhus auris mediae acutus und Otitis media acuta. Zur Behandlung der letzteren empfiehlt er zunächst Ruhe und Enthaltung von jeder körperlichen Tätigkeit. In Fällen, die mit geringen Beschwerden einhergehen, sollen die Patienten wenigstens das Zimmer hüten. Bestehen heftige Schmerzen, Fieber und ausgeprägte Entzündungserscheinungen am Trommelfell, so gehört der Kranke unbedingt ins Bett.

Im Beginne der Erkrankung — ob das Trommelfell schon spontan perforiert ist oder nicht — ebenso auch bei Parazentese, läßt H. warme bis heiße Umschläge machen, entweder mittels eines gewöhnlichen Prießnitz'schen Umschlages, am besten mit amerikanischem Filzschwamm (ein Stück Filz, das mit einem Ueberzug von Guttapercha bedeckt ist). Zu heißen Umschlägen wird eine Lösung von essigsaurer Tonerde (zwei Eßlöffel auf ein Wasserglas Wasser) verwendet. In solcher Weise werden zwei Stunden hintereinander Umschläge gemacht, dann wird das Ohr gut abgetrocknet, nachher tritt eine Pause von zwei Stunden ein. Nachts werden die Umschläge nur bei stärkeren Schmerzen fortgesetzt. Statt nasser Umschläge kann man trockene in der Gestalt von erhitzten mit Leinsamenmehl gefüllten Säckchen machen. (Passow empfiehlt Umschläge mit absolutem Alkohol und läßt vermittels heißer Bäder, Trinken von heißem Tee und Einhüllen in wollene Decken schwitzen.) Heine glaubt, daß die Wärme entzündungswidrig wirkt und gewiß in den meisten Fällen schmerzlindernd. Bei korpulenten Individuen, die leicht zu Kongestionen nach dem Kopfe neigen, wird man öfter auf heiße Umschläge verzichten müssen und lieber zur Eisblase greifen. Die von Brieger und Jacobson empfohlene Anwendung von

Digitized by Google

Blutegel (2—6, dicht vor den Tragus und auf den Warzenfortsatz) verwirft Heine, noch mehr die spanischen Fliegen; Derivantien wie Anstrich mit Jodtinktur, Einreibung von grauer Salbe, lassen den Prozeß unbeeinflußt, narkotische Salben können nur suggestiv wirken. Gegen die Schmerzen werden Einträufelungen in das Ohr verordnet (Kokainlösung, 10% Karbolglyzerin).

Die Parazentese hält H. für unbedingt und sofort indiziert, wenn bei einer akuten Mittelohrentzündung aus dem Befunde am Trommelfell — einer zirkumskripten oder totalen Vorwölbung desselben — auf eine Sekretansammlung in der Pauke geschlossen werden kann und wenn zugleich Fieber und Schmerzen bestehen, wenn also die von Körner angeführte Symptomentrias vorhanden ist. Wenn jene Trias nicht besteht, muß man von Fall zu Fall entscheiden. Treten die Schmerzen sehr intensiv auf, haben sie dem Kranken schon den nächtlichen Schlaf geraubt oder aber besteht auch ohne stärkere spontane Schmerzen Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes, so wird die Parazentese ausgeführt, ebenso sofort, wenn irgendwie meningeale Reizerscheinungen aufgetreten sind.

Wenn das Trommelfell perforiert ist und Sekretion besteht, so wird der Gehörgang mit abgekochtem Wasser oder Borsäurelösung vorsichtig unter mäßigem Druck ausgespült. Nach der Reinigung wird in den Gehörgang ein schmaler Streifen steriler Gaze ganz locker eingeführt, der gewechselt wird, sobald er sich vollgesogen hat.

Sind die schweren akuten Erscheinungen vorüber, besteht aber eine reichliche Sekretion noch fort, so wird der Gehörgang zwei- bis dreimal täglich mit Borsäurelösung ausgespült. Einblasung von Borsäurepulver in den Gehörgang wendet H. nicht an. Adstringierende Lösungen werden nicht benützt (Politzer wendet nach Reinigung des Gehörganges eine Lösung von Hydrogen. hyperoxyd. Aq. destill. aa 20·0, Aud. borici 1·0 an, mit welcher er den Gehörgang vollgießt, der Kopf wird nach der anderen Seite geneigt und eine Lufteintreibung vorgenommen).

Die Anwendung der Luftdusche, beziehungsweise Katheterismus verwirft Heine, solange noch entzündliche Erscheinungen in der Pauke und am Trommelfell vorhanden sind. Erst wenn die Entzündung vollkommen zurückgegangen ist, die Eiterung sistiert, das Loch im Trommelfell sich geschlossen hat und dennoch Hörstörung oder subjektive Geräusche zurückbleiben, wird Luft in die Paukenhöhle eingeblasen.

Heine spricht sich gegen die operative Entfernung der Rachenmandel während des Bestehens einer akuten Mittelohrentzündung aus; erst wenn die Eiterung in ein subakutes reizloses Stadium tritt, oder wenn die Eiterung monatelang anhält, soll die vergrößerte Rachenmandel entfernt werden. Nur die Hypertrophie derselben gibt die Indikation für die Entfernung. Heine glaubt, daß die Rachenmandel vielleicht ein Schutzorgan ist, das Infektionserreger an dem Uebertritte in die Tube hindert. Zusammenfassend meint Heine, daß die Behandlung der akuten Mittelohrentzündung eine sehr einfache ist und sich in den Worten zusammenfassen läßt: nil nocere, Ruhe für das entzündete Organ und guter Abfluß des Sekrets.

An den Vortrag Heines knüpfte sich in der Berliner otologischen Gesellschaft eine Diskussion, in welcher Bruck sich ebenfalls gegen die Anwendung der Luftdusche und der Blutegel bei akuter Mittelohrentzündung ausspricht. Ehrenfried dagegen ist für die Anwendung von Eisblasen, sobald ein stürmischer Verlauf auftritt und sobald sich Komplikationen seitens des Warzenforsatzes einstellen. Sonntag verwendet nur Eis- oder kalte Umschläge und ist mit der Anwendung derselben sehr zufrieden; er übt auch das Politzer'sche Verfahren nach dem Aufhören der ganz akuten Erscheinungen, auch wenn die Perforation noch besteht und die Eiterung noch nicht sistiert hat.

Herzfeld wendet bei akuten Mittelohrentzündungen nur kalte Umschläge an, kombiniert sie jedoch manchmal mit warmen Umschlägen auf die Ohrmuschel selbst. Er gebraucht auch ruhig das Politzer'sche Verfahren, natürlich nur,

Digitized by Google

wenn keine Reizerscheinungen mehr bestehen und die Perforation nicht zu klein ist. Herzfeld verwirft die Operation der adenoiden Vegetationen im Stadium der akuten Eiterung, empfiehlt aber diese Operation — wenn die Eiterung in einigen Wochen keine Tendenz zur Heilung zeigt — auch dann, wenn nur wenig adenoides Gewebe da ist, er zitiert Köllickers Aeußerung, „es käme ihm so vor, als wenn das adenoide Gewebe eine indifferente Füllungsmasse wäre, die einen Vergleich mit dem Fettgewebe darstellt". Katzenstein ist nicht für die radikale Entfernung der Adenoiden; er glaubt auch, daß man ruhig politzern kann, und ist für Anwendung kalter Umschläge.

Schwabach empfiehlt zunächst Prießnitz-Umschläge mit verschlagenem Wasser; wenn dieselben nicht vertragen werden, solche mit kühlerem, eventuell mit kaltem Wasser. Eisumschläge wendet er nicht mehr an. Lufteintreibung nur nach Schluß der Perforation, wenn die Hörfähigkeit innerhalb 14 Tagen nicht zur Norm zurückgekehrt ist.

Peyser empfiehlt Instillationen einer 1%igen Sodalösung in die Nase.

Lucae wartet mit der Anwendung der Luftdusche bis alle akuten Entzündungserscheinungen abgelaufen sind. Statt der Stempelspritzen wendet er kleine Gummispritzen an. — (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 48, 1903 u. Nr. 14 u. 15, 1904.) Dr. Kaufmann.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Zur Therapie des harten Schankers.

Von L. Caro.

Wie in diesen Blättern bereits referiert, hat Holländer seinen Heißluftbrenner auch zur Verschorfung von harten Schankern verwendet und nach seiner Beobachtung in der großen Mehrzahl der Fälle, wenn sie rechtzeitig zur Behandlung kamen, Allgemeinerscheinungen verhüten können. Caro hat als Assistent Holländers sein Verfahren übernommen und verfügt über zehn beziehungsweise sechs Fälle, welche bei halbjähriger Beobachtungszeit von Konsekutiverscheinungen frei blieben. Das Verfahren gestaltet sich folgendermaßen: Der Penis wird an der Wurzel mit einem Drain (Gummikatheter) abgeklemmt (die Nötigung hiezu ist nicht ersichtlich, Ref.), Geschwür und Umgebung mit Chloräthyl vereist und dann das Geschwür mit dem Heißluftbrenner angeblasen, „das kranke Gewebe zieht sich zusammen, es entsteht eine harte, pergamentartige Haut, die Geschwürsfläche wird knochentrocken und — die Operation ist beendet". Bei unruhigen und ängstlichen Patienten wird man gut tun, sich lieber der Chloroformnarkose zu bedienen. Sind zur Zeit der Operation in beiden oder einer Leistengegend vergrößerte Drüsen, so sind die Aussichten auf einen arbortiven Verlauf sehr gering, am besten ist es, wenn man den Kranken ohne jegliche Drüsenaffektion zur Behandlung bekommt. Naturgemäß kommen dann viele einfache Erosionen und Geschwüre oder weiche Geschwüre zur Kauterisation, aber der Autor meint, es sei noch immer besser, zehnmal ohne Grund eingegriffen zu haben, als abzuwarten, bis etwa der Eingriff zu spät komme; aber gerade das wird und muß ja immer den Hauptangriffspunkt für jene bilden, welche geneigt sind, diese ganz besonders günstigen Ergebnisse der Kauterisation eben nur darauf zu beziehen, daß man fast nie mit Sicherheit behaupten könne, daß man wirklich einen Primäraffekt zerstört hat. Interessant ist übrigens, daß der Autor nicht mehr von dem differenzialdiagnostischen Moment spricht, das in der Holländerschen Publikation angegeben war und das gestattet, jede Sklerose zu erkennen, wenn man sie nach der Brennung mit dem scharfen Löffel kratzt. — (Therap. der Gegenw., Nr. 4, 1904.) D.

Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.

Von E. Richter.

Von der ausführlichen Begründung, die der Autor dem eigentlichen Thema vorausschickt, sehen wir ganz ab und gehen gleich auf den Kern der Sache ein. Es handelt sich darum, ein Prophylaktikum einzuführen, welches sowohl gegen Go-

Digitized by Google

norrhöe als auch gegen Syphilis in gleicher Weise wirksam ist. Der Autor spricht von Postprophylaxe, weil die Abwehrmaßregeln gegen die wirkliche oder supponierte Infektion erst platzgreifen, wenn sich das Individuum der Möglichkeit der Infektion ausgesetzt hatte oder um klarer zu sein, weil sie nicht ante, sondern post coitum stattfinden.

Nach zahlreichen Versuchen, die an Personen ausgeführt wurden, die sich der Infektion ausgesetzt hatten, darunter der Autor selbst, empfiehlt er ein von der Firma Dr. Graf & Co., Berlin, Gürtelstraße 25, hergestelltes „Schutzbesteck Dr. Richter", das neben einem gedruckten Hinweis auf die Gefahren des außerehelichen Verkehres ein Stück Byrolinseife und zwei Gelatinetuben, eine weiße und rote enthält. Den Inhalt der ersten bildet ein aus Borsäure, Talk und Zinkoxyd bestehender Puder, die zweite Tube faßt das eigentliche Desinfiziens, das in einer Salbengrundlage (Vaselin, Paraffin) $^1/_2\%_{00}$ Sublimat, Hydrargyrum salicylicum und succinimidatum, sowie kleinere Dosen von Hydrargyrum vivum und Resorzin enthält. Dieser Tube sind auch noch zwei kleine Glasansätze beigegeben, durch welche eine Injektion der salbenartigen Masse in die Harnröhre leicht und reinlich möglich ist. Der Schutz gegen Syphilis wird dadurch erreicht, daß das vorher gewaschene Membrum mit der desinfizierenden Salbe gründlich eingerieben wird, der Puder dient bloß als nachträgliche Deckung. — (Dermatol. Zentralbl. Nr. 3 und 4, 1904.) D.

Dermatologie.

Ernährungstherapie bei Hautkrankheiten.

Von Prof. Dr. O. Lassar.

Die ex ingestis abzuleitenden, pathologischen Vorkommnisse in der Haut haben bisher stets in den Erythemen ex aeribus, in den Arzneiausschlägen, in den Reaktionsformen auf Eingeweidewürmer, in den auf Diabetes und Harnsäureüberschuß folgenden Eruptionen u. a. ihre wesentlichsten Repräsentanten gehabt. Ausständig blieben wissenschaftliche Vorstellungen darüber, ob es möglich sei, auch andere, in ihrem Vorkommen lediglich auf die Haut beschränkte Erkrankungen und Symptome durch eine Umgestaltung der Ernährung zu beherrschen. Absolute Skepsis und allzu weitgehender Sanguinismus ließen in dieser Hinsicht nie maßgebende Ansichten zur Ausreife gelangen.

Reichliche Anhaltspunkte für die reellere Würdigung ähnlicher Gesichtspunkte bieten die tief durchdachten Erwägungen Lassars, die im Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik (herausgegeben von G. Klemperer) Aufnahme finden sollen.

Der modifizierende Einfluß der Nahrung auf Psoriasis, Akne, Furunkulose und Prurigo wird hiebei flüchtig gestreift. Die Abhängigkeit der Hautbeschaffenheit vom allgemeinen Ernährungszustand genauer beleuchtet.

Als Prototyp für den dermato-pathologischen Einfluß der Ernährung wird mit viel Berechtigung die Pellagra angeführt (Maisnahrung in Form von Polenta und Mammaliga). Der Pellagra vergleichbar ist der Skorbut. Auch hier treten Hauterscheinungen bei Anomalien der Ernährung in den Vordergrund. In demselben Sinne spielen sich Fisch-, Wildpret-, Fleisch-, Wurst- und Käsevergiftungen ab (ptomainreiche Nahrungsmittel). Den Ausgangspunkt bildet stets der Verdauungskanal, von wo aus toxische Zerfallsprodukte zur Resorption gelangen. Dieselben kreisen in Blut- und Lymphbahnen und setzen sich in den Kapillarbezirken der Cutis vasculosa fest. Hier bewirken sie vasomotorische Störungen, Anämie, Ischämie, Hyperämie. Es kommt zur Etablierung von Punkten und Flecken, insbesondere von Kreisen und Ringen in typischer Gestalt. Bei den Ernährungsvergiftungen mit oder ohne komplizierende bakterielle Invasion, sind stets zirkuläre entzündliche Oedeme im Gebiet des Papillarkörpers vorhanden, die oft mit bakteriellen Kapillarembolien einhergehen.

Notwendig erweist es sich hiebei, auch das schwierige Problem der Idiosynkrasie anzuschließen.

Digitized by Google

Bei all diesen Erkrankungsformen hat die Behandlung neben der symptomatischen Berücksichtigung der Hauterscheinungen, das Gleichgewicht in den Verdauungswegen herzustellen und außerdem — soweit sie existieren — Antidosta heranzuziehen. Abführmittel, Klysmen, Mineralwasserkuren (Karlsbad), sind hier am Platze. Bei chronischen Urtikariaformen sieht man von monatelang fortgesetzten Trinkkuren (Mühlbrunnen, Rakoczy) den besten Erfolg. Bewähren können sich auch die Salizylpräparate. Bei pruriginösen Kindern mit Darmatonie — sah Vf. von Pulv. liquirit. composit. (Senna, Sulf. Rad. liquirit.) oder Ichtalbin (0·25 pro dosi) gute Wirkung. Die Kost soll kompakt sein (Schwarzbrot, Grahambrot, Reis, Rhabarber? Trauben mit Schale? Aepfel mit der Schale? Preiselbeeren seien zu empfehlen). Bauchmassage. Extern: Teerbäder, Schwitzeinpackungen etc.

Bei vulgärer Akne und ihren Varianten soll der Genuß von Süßigkeiten reduziert, resp. eingestellt werden (bei jungen Individuen). Gicht- und Zuckerkranke sind der angezeigten Diät zu unterwerfen. — Derm. Zeitschr., März 1904.)

N.

Ueber die Hautkrankheiten im Säuglingsalter und ihre Behandlung. Von Dr. Eugen Neter und Dr. Hans Roeder.

Die hier erörterten Prozesse decken sich in der Erscheinungsweise zumeist mit analogen Vorgängen bei Erwachsenen und unterstehen daher auch den gleichen therapeutischen Prinzipien. Dies gilt vorzüglich für das Ekzem, die Urtikaria, das Milium, die Ichthyosis u. a. Immerhin ergeben sich allenthalben dem Alter entsprechende Eigenheiten, welche eine spezielle Würdigung erheischen. Die Prophylaxe hat im Sinne einer rationellen Säuglingsreinigung und entsprechender hygienischer Vorkehrung (Streupulver) tätig zu sein.

Bei Besprechung des Ekzems und seiner Behandlung gehen Vf. auf die antiquierte Anschauung des Metastasierens ein, die neuerdings wieder an Anhang zu gewinnen scheint. Unbegreiflich muß es erscheinen, wie plötzliche Todesfälle und komplikatorische Erkrankungen innerer Organe auf die rasche Abheilung von Ekzemen bezogen werden können. Wenn auch Henoch diesem Bedenken seine Stimme leiht und ausgebreitete Ekzeme nicht mit einemmal, sondern allmählich zu beseitigen empfiehlt, so werden wir unbeirrt an dem bisherigen Heilplane festzuhalten haben und höchstens die Mitbeteiligung des Gesamtorganismus an dem Krankheitsprozesse strenger als es bisher geschehen ins Auge fassen müssen.

Im übrigen scheint es den Vf. selbst mit dieser Vorsicht nicht Ernst zu sein, da ihre, den gangbaren Methoden entsprechenden therapeutischen Weisungen keinerlei Kautele streifen, die sich darauf beziehen ließen.

Die gegen Juckblattern, Schweiß, Friesel, Furunkulose, Pemphigus neonatorum empfohlenen Heilprozeduren entsprechen durchwegs der symptomatischen Indikation und werden unter Hinweis ihrer Anzeigen kurz erörtert.

Gegen Sklerem und Sclerema adiposum werden wärmstens Senfbäder (zwei Hände voll Senfmehl in ein Leinwandtuch eingeschlagen, werden im Badewasser einige Minuten hin- und hergeschwenkt), Kochsalzinfusionen (1—2mal täglich je 100 cm³ eine 0·7%igen Na Cl-Lösung) und insentive Wärmezufuhr (Einwicklung in Watte) empfohlen. Komplizieren, wie so oft, Nierenerkrankungen (Fettdegeneration) das Sc. adipos., so hat die Therapie auch hierauf Rücksicht zu nehmen. (Berl. Klinik, H. 189, März 1904.)

N.

Zur Behandlung der Urtikaria, Strophulus infantum und Prurigo. Von Dr. M. Joseph.

Bezüglich der U. pigmentosa, die bereits in frühester Kindheit einsetzen kann, steht Vf. auf dem Standpunkte, die hiebei auftretenden Mastzellansammlungen

Digitized by Google

als Vorrichtungen der Autoregulation zu betrachten. Bei einem Ueberschusse von Ernährungsmaterial sollen diese Zellkomplexe das Plus in sich aufnehmen und dadurch Eiterung oder Geschwulstbildung hintanhalten. Der von Arning empfohlene Zusatz von 1·5 g Na. salicyl., zur Tagesportion der Milch, hat sich in dieser Hinsicht glänzend bewährt.

In der Behandlung des Strophulus, bei dem der abnormen Eiweißfäulnis im Darme immerhin eine hervorragende Rolle beizumessen ist, soll das Hauptgewicht auf die Regelung der diätetischen Vorschriften gerichtet sein. Die fette Milch ist wegzulassen. Der Genuß von Wurst, rohem Schinken, Pöckelfleisch, Eiern, frischem Obst etc. sind zu verbieten. Aeußerlich gibt Vf. dem von ihm favorisierten Liqu. carborn. deterg. angl. als Schüttelmixtur den Vorzug. (Liq. carb. 5—10·0 g, Zinc. oxyd. Amyl aa 20·0 Glyc., 30·0 Aq. destill. ad 100·0). Die Suspension ist zweimal täglich aufzupinseln und bei dem zweimal wöchentlich verordneten Bade mit neutraler Seife abzuwaschen. Auch Bromokoll und Euguform. solub. in 10%igen Schüttelpinselungen sind am Platze. Innerlich wird älteren Kindern Menthol (0·1 mit Ol. amygdal. 0·25 in Kapseln) oder Bäckerhefe (1—2mal täglich einen Teelöffel in Milch verrührt), sowie Zerolin (0·2—0·3 dreimal täglich) gegeben.

Bei Prurigo wieder, welche mit erheblicher Akanthose im Rete und Koriuminfiltration längs der Schweißdrüsen und Haartascheneinherzugehenpflegt, spielen die Hautpflege, Lagerstatt und Bekleidung eine Hauptrolle. Immerhin wird außer Menthol noch Jodlebertran (1‰), oder Acid. sulf. (3 : 200; zweistündlich ein Eßlöffel) empfohlen. Aeußerlich werden Naphtholsalben, Sapolan, angewandt; besonders warm empfiehlt Vf. das Euguform solub. in reiner Form. (Nach wiederholten Pinselungen Abwaschen im Bade mit neutraler Seife.) Die Therapie hat auch zur Sommerszeit, wo spontane Remissionen erfolgen, fortgesetzt zu werden. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 38.) N.

Zur Kenntnis des Jododerma tuberosum fungoides. Von Dr. A. Schütze.

Der auf der Krankenabteilung des Instituts für Infektionskrankheiten (Prof. Dönitz, Berlin) beobachtete Fall bietet in klinischer Hinsicht mancherlei Interessantes. Eine 53jährige Frau erkrankte plötzlich unter heftigem Schüttelfrost (22. April 1903). In den nächsten Tagen bestand hohes Fieber (39·5°) und es kam eine typische schwere Oberlappenpneumonie zur Ausbildung. Gleichzeitig war auch ein über den ganzen Körper verbreitetes, aus roten, im Zentrum schuppenden Knötchen bestehendes Exanthem, über den Rumpf und Extremitäten verbreitet.

Der Ausschlag wird in einem Krankenhause als Variola angesprochen und die Ueberführung des Patienten auf die Klinik Lesser veranlaßt. Von hier kam die Kranke — nach Involution der Pneumonie — auf die Infektionsabteilung. Da über die Natur des Exanthems kein näheres Urteil zu gewinnen war, wurde Patient geimpft. Das Ergebnis fiel positiv aus und hatte insoferne eine verheerende Wirkung, als nicht nur die gesetzten Impfpusteln konfluierten und nekrotisch zerfielen, sondern auch den ganzen Nachbarbezirk in weitem Umfange hin zu brandiger Zerstörung brachten. Der geimpfte linke Oberarm war im Anschluß von einer diffusen Phlegmone befallen. Nach einiger Zeit kam die Vermutung erst in die richtige Fährte, daß es sich beim Exanthem um ein papulöses Syphilid! handelt. Eine Schmierkur brachte in kürzester Zeit die Involution zustande. Innerlich erhielt Patient Jodnatrium im ganzen 45 g.

Bald nach Beginn der Jodmedikation entwickelte sich im Bereich des Gesichtes eine vulgäre Jodakne. Späterhin entstand durch fungöse Wucherung der Einzeleffloreszenzen eine die Nase, die Nasolabialfurchen und angrenzenden Stirnteile einnehmende, tiefrote, weiche Geschwulst, die den Nasenrücken in eine rüsselähnliche Formation umwandelte. Die Dia-

Digitized by Google

gnose eines tuberösen Jododermas wurde durch den prompten Rückgang der Geschwulst beim Sistieren der Jodbehandlung erhärtet. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 69, pag. 65, 1904.) N.

Ueber die Behandlung des Erysipels. Von Dr. E. J. Marzinowsky.

In 130 Fällen von Rotlauf hat Vf. das Kalium hypermanganicum in Form von Umschlägen mit bestem Erfolge angewandt. In erster Zeit wurden nur 1%ige Lösungen benutzt, späterhin wurden Lösungen von dunkelvioletter Farbe hergestellt, die Lappen mit dieser Flüssigkeit reichlich begossen und auf die erkrankten Stellen appliziert. Unter 130 Fällen kam kein Todesfall vor, auch Komplikationen sind äußerst selten. In Anbetracht der fast absoluten Zuverlässigkeit, der leichten Anwendungsweise und der Billigkeit glaubt Vf., das Kali hypermanganicum bei der Behandlung der Rose jeder Lokalisation allen anderen Mitteln und Methoden vorziehen und bestens zur Nachprüfung weiter empfehlen zu können.

A. Schaad wieder bezeichnet die Jodtinktur als energisches, beinahe abortives Mittel in den Anfangsstadien des erysipelatösen Prozesses. Erforderlich sei die mehrfache Applikation auf die kranke Stelle und ihre nächste Umgebung. Anderseits sollen sich auch Umschläge mit 50%iger wässeriger Lösung von Ammon. sulfoichthyol. bewährt haben. — (Medicin Obosr. Nr. 5, 1903.) N.

Zur Behandlung der Keloide.

Die traurigen Erfahrungen, welche das radikale Vorgehen in der Behandlung der Keloide gezeitigt hat, führten zu dem Lehrsatze, sowohl die spontanen als auch auf dem Wege der Benarbung zustandegekommenen Typen dieser Läsionsart im chirurgischen Sinne als ein Nolimetangere zu betrachten. So oft auch dieses Prinzip über Bord geworfen wurde, so geschah es stets nur zum Nachteil der Kranken, denn an Stelle der exstirpierten Wucherungen sprossen in rascher Entwicklung Tumoren auf, die die ursprünglichen Bildungen an Größe und Ausdehnung weit übertrafen. Aehnliche Mißerfolge haben auch Ref. bestimmt, gegen diese tückische Gewebsapposition, nie mehr das Messer zur Hand zu nehmen. Aber auch die konservativeren Methoden der Elektrolyse, Skarifikation, chemischen Aetzung etc. führen nur ausnahmsweise zu Erfolg und belasten in ungebührlicher Weise die Geduld des Arztes und Patienten. Dies sind die Gründe, die es dem Ref. angezeigt erscheinen lassen, alle prompten Heilerfolge bei diesem widerstandsfähigen Uebel, mit dem größten Unglauben aufzunehmen. So konnte ein transatlantischer Kollege, H. K. Pancoast ausfindig machen, daß die Keloide der Röntgen-Bestrahlung noch nicht ausgesetzt wurden.

Nichts selbstverständlicher, als daß er dieses Versäumnis ehestens nachzuholen bestrebt war. Bei vier Fällen fand er, wie das schon so zu erfolgen pflegt, die Anwendung der X-Strahlen „sehr wirksam", aber — die Behandlung lange dauernd und ermüdend — für die Patienten. Man soll daher zuerst operieren und durch nachträgliche Bestrahlung Rezidiven vorbeugen. (Med. and surg.-journ. St. Louis, Jänner 1904.) Hoffentlich finden sich nicht zu viele Nachahmer.

Berthon (Moies therap., 15. Jänner 1904) wieder zieht die Elektrizität in der statischen Form als Hochfrequenzstrom und Elektrolyse herbei, um die Keloide — wörtlich genommen — zu „erweichen". Bei 15, 20—25 Milliampères soll der Strom 5—10 Minuten hindurch einwirken. Diese Intensität ist unserer Erfahrung nach seitens der Kranken ohne lokale oder allgemeine Anästhesie intolerabel und zeitigt in der übergroßen Mehrzahl der Fälle in Bezug auf Rezidive schlechte Resultate. Eher noch könnte bei der methodischen Applikation schwacher Ströme ein Erfolg zu erzielen sein. Namentlich die von Gefäßektasien durchzogenen, schmerzhaften Formen pflegen in dieser Hinsicht günstig zu reagieren.

Jüngst noch empfahl Gaucher anläßlich einer scharfen Kritik des operativen Verfahrens in der „Pariser derma-

Digitized by Google

tologischen Gesellschaft" (Märzsitzung) die Jahre hindurch fortgeführte feine Skarifikation, die allerdings noch viel zu wenig in Uebung steht, um ihre Heilerfolge definitiv ermessen zu können.

N.

Kinderheilkunde.

Skrofulose und Solbad. Von Dr. Kable.

Die Skrofulose bedarf mindestens einer 6—8wöchentlichen Kur. Als Heilfaktoren kommen die Badekur, die Brunnenkur und die Luftkur in Betracht. Je nach der Konstitution setzt man dem Solbad zur Verstärkung der Reaktion nach den ersten Bädern noch Mutterlauge zu. Bei der torpiden Form der Skrofulose ist es gestattet, mit der Bäderverordnung etwas dreister vorzugehen, als bei der erethischen Form; ja bei letzterer kann es sogar vorkommen, daß wir wegen zu heftiger Reaktion ganz auf die Bäder verzichten und uns mit Solwasserwaschungen begnügen müssen.

Was die Trinkkur anbelangt, läßt man den Brunnen, dessen wirksamster Bestandteil das Jodnatrium ist, mehrmals täglich in größeren oder kleineren Portionen trinken. Irgend eine Diät einzuhalten, ist nicht nötig.

Die Luftkur ist ein wichtiger Faktor. Die ozonhältige Gradierluft beeinflußt die Respiration und den Stoffwechsel günstig. — (Therap. Monatsh., April 1904.)

Nrth.

Ueber Buttermilch als Säuglingsnahrung. Von Dr. B. Sperk.

Mit Recht hat man die Buttermilch den Gegenfüßler der Frauenmilch genannt, denn im Gegensatz zur Frauenmilch stellt dieselbe eine fettarme, eiweißreiche Flüssigkeit von hoher Azidität dar. Zugleich ist in ihr das Kasein als kalkfreies Kasein gefällt, das durch das Labferment nicht mehr gerinnt. Die Frauenmilch ist verhältnismäßig steril, die Buttermilch in frischem Zustand reich an Milchsäurebakterien. Nicht theoretische Ueberlegungen, sondern nur praktische Erfahrungen konnten somit zur Anwendung der Buttermilch als Säuglingsnahrung führen.

Vf. hat an ambulatorischem Material die Buttermilch verwendet und sich bei der Zubereitung an die Vorschriften Texeiras gehalten, doch konnten statt des Reis- oder Weizenmehlzusatzes auch dextrinisierte Mehle verwendet werden.

Die Gewöhnung an die Buttermilch soll allmählich geschehen, so daß man etwa mit 2—3 Mahlzeiten täglich beginnt. Die Entwöhnung geschieht am besten, indem man zu jeder Buttermilchmahlzeit in steigender Menge Vollmilch zusetzt. Bei eintretenden Verdauungsstörungen muß von der Anwendung der Buttermilch abgesehen werden. Nach den an der Klinik Prof. Escherichs gesammelten Erfahrungen hat sich die Buttermilch fast ausschließlich in Fällen von chronischem Darmkatarrh, insbesondere bei den atrophischen Zuständen, in manchen Fällen mit geradezu durchschlagendem Erfolge bewährt.

Es ist davor zu warnen, die gewöhnliche Buttermilch als Abfallsprodukt der Butterbereitung zu verwenden. Die für die Säuglingsernährung bestimmte Buttermilch muß speziell hergestellt werden.

Zum Schlusse erörtert Vf. die theoretischen Grundlagen der Buttermilchernährung. — (Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Nr. 5.)

Nrth.

Die Biedert-Selter'sche Buttermilch-Konserve. Von Dr. Erwin Kobrak.

Die unter gewissen Indikationen günstig wirkende Buttermilch muß von verläßlicher Qualität sein. Umso freudiger ist es zu begrüßen, daß Selter und Biedert die Anregung zur Herstellung einer Buttermilchkonserve gegeben hatten. Dieselbe wird in zwei Formen hergestellt: erstens bereits mit Weizenmehl in dem Verhältnis versetzt, daß ein Teil auf vier Teile Wasser eine Buttermilch in der ungefähren Zusammensetzung nach Texeira de Mattos ergibt. Eine zweite Art der Konserve wird ohne Weizenmehl fabriziert. Diese hat den Vorzug, daß statt des Weizenmehles bald mehr stopfende, bald mehr abführende Kindermehle zugefügt werden können.

Die aus der chemischen Fabrik Zwingenberg stammende Konserve wurde in der H. Neumann'schen Kinderpoliklinik in zwölf Fällen geprüft. Die Resultate waren

Digitized by Google

sämtliche ebenso günstig, wie bei Anwendung frischer Buttermilch.

Der Preis ist leider etwas hoch (eine Büchse eine Mark). — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14, 1904.) Nrth.

Pharmakologie und Toxikologie.

Ein dem Veratrin ähnliches Ptomain. Von Stüber.

Aus frischen Rattenkadavern, die von einem in Hamburg eingelaufenen Schiffe stammten, wurde ein Körper isoliert, dessen chemische Reaktionen fast durchgehends mit denen des Alkaloides Veratrin übereinstimmten. Dagegen wichen die physiologischen Reaktionen dieses neuen Körpers wesentlich von denen des Veratrins ab. Da auch die Untersuchung des an Bord befindlichen, völlig verfaulten Maises, welcher den Ratten eventuell zur Nahrung gedient haben konnte, ergebnislos verlief, so muß der aus den Rattenkadavern isolierte Körper zweifellos als ein Ptomain angesprochen werden. — (Zeitschr. f. Untersuchung v. Nahrungs- u. Genußmitteln, H. 6, 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

Tod durch Arsenvergiftung. Betriebsunfall? Von Dr. Stempel, Breslau.

Der vorliegende Fall hat nicht nur juristisch (Betriebsunfall?), als vielmehr für den Toxikologen erhöhtes Interesse. Ein gesunder, 37jähriger Güterbodenarbeiter klagte nach Beendigung seines Dienstes über Kopfweh und Unwohlsein, dem Erbrechen, Krämpfe und heftiger Durchfall folgten. Trotz Antidotum arsenici trat Verschlimmerung und nach vier Tagen Exitus letalis ein.

Die chemische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Arsen. Da Mord und Selbstmord ausgeschlossen war, wurden eifrige Nachforschungen angestellt, die folgendes ergaben: Durch einen Raum, in dem die Arbeiter ihre Mahlzeiten einzunehmen pflegten, ging ein Abwässerkanal (!) und zur Vertilgung der vielen Ratten, die dadurch eingeschleppt wurden, war von einem Kammerjäger stark arsenhaltiges Gift gelegt worden. Da der Verstorbene seine Speisen in dem Raum auch aufbewahrte, muß das Gift auf irgend eine Weise, vielleicht durch die Ratten direkt, in die Speisen gebracht worden sein.

Die Frage — Betriebsunfall? — ist, nebenbei bemerkt, von dem Gericht bejaht worden. — (Aerztl. Sachverst.-Ztg., Nr. 24, 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

Ueber die Wirkung zweier neuer Verbindungen des Arsens und Phosphors. Von Prof. Dr. R. Kobert.

Eine vom toxikologischen Standpunkte aus besonders interessante Tatsache ist, daß Phosphorsuboxyd von einem Hunde grammweise ohne jede Störung genommen wurde. Die Giftwirkung des Phosphors kommt also nur dem Element, nicht aber seinen Sauerstoffverbindungen, auch nicht den niedersten, zu. Der zweite Körper, das Triphenylarsinoxychlorid enthält das Arsen derart maskiert, daß es durch Schwefelwasserstoff nicht, ja nicht einmal durch Penicillium brevicaule, nachzuweisen ist. Ein mittelgroßer Hund vertrug daher ohne jede Intoxikationserscheinung 1·5 g. — (Therapie d. Gegenw., Nr. 5 u. 59, 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

Versuche über den Verbleib des Morphins im tierischen Organismus. Von M. Totze. (Mitteilungen aus der Anstalt für Pharmakologie und physiologische Chemie der Landes-Universität Rostock.)

Die Auffindung von Alkaloiden in Leichenteilen ist eine höchst undankbare Aufgabe für den Toxikologen. In Arzneimischungen, selbst den kompliziertesten, gelingt die Isolierung und Identifizierung des Morphins mit Leichtigkeit, ebenso eine quantitative Bestimmung. In Leichen aber, denen die nämliche Mischung als Gift diente, ist die Morphinbestimmung nicht einwandsfrei. Ich will hier nicht davon sprechen, daß die Extraktions- beziehungsweise Perforationsflüssigkeiten, die meist üblich sind, besonders der Amylalkohol, durchaus ungeeignete Media sind und daß sich nach eigenen Erfahrungen hierzu besonders der von Kippenber-

Digitized by Google

ger empfohlene Chloroformalkohol eignet. Viele Mißerfolge sind zweifellos hierauf zurückzuführen.

Das Morphin scheint im Organismus eine gründliche, zum mindesten teilweise Zersetzung zu erleiden, die oft weiter als bis zur Bildung von Oxydimorphin oder Morphinschwefelsäure zu gehen pflegt.

Totze bestätigt in seiner Arbeit, daß alle Ausscheidungsorgane, vor allem Magen, Dickdarm und Nieren, in Betracht kommen. Die Dickdarmschleimhaut zeigte im Durchschnitt einen dreimal größeren Prozentsatz als die Fäzes. In den Nieren fanden sich nur Spuren, während mit dem Harn die größte Menge ausgeschieden wurde. Daraus geht hervor, daß im Gegensatz zu den Verhältnissen bei der Dickdarmschleimhaut die Morphinausscheidung durch die Nieren eine rasche ist. Magen, Milz, Blut und Herz enthielten wenig Morphin, in Pankreas und Galle war die Base nicht nachzuweisen. Aus dem Blute selbst scheint ein beträchtlicher Teil des Morphins bei akuter Vergiftung schnell entfernt zu werden. — (Chemiker-Zeitung, Nr. 101, 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

Suprarenin. Von Dr. Hecht, München.

Von den Nebennierenpräparaten hat sich das von amerikanischer Seite dargestellte Epinephrin nicht einbürgern können. Das englische Adrenalin und das von den Höchster Farbwerken eingeführte Suprarenin sind als identisch und gleichwertig zu betrachten. Ueberdies ist Suprarenin billiger, so daß dem einheimischen Präparate eo ipso der Vorzug gegeben werden kann.

Die Erfahrungen des Verfassers liegen vorwiegend auf dem Gebiete der Rhino-Laryngo-Otologie. Hier hat sich das Präparat vortrefflich bewährt, die hämostatische Wirkung war prompt und trat schnell ein. Vf. benützte zu diagnostischen Zwecken eine Lösung 1 : 4000—5000, zu operativen eine Lösung 1 : 1000—2000 des salzsauren Salzes. Die Lösungen vertragen ohne Schädlichkeit Zusätze von Atropin, Kokain, Eserin, Zinksulfat. Durch Behandeln des Operationsfeldes mit einer kombinierten Suprarenin- 10% Kokainlösung wurde eine gleichzeitige vollständige Anästhesie erzeugt, wobei noch zu beachten ist, daß nach Braun das Adrenalin, beziehungsweise Suprarenin „die Giftigkeit des Kokains vermindert und seine anästhesierende Kraft nach Zeit, Ausdehnung und Intensität erhöht." Irgendwelche unangenehmen Komplikationen bei Applikation des Nebennierenextrakts auf die Schleimhaut wurden nicht beobachtet.

Die freie Base Suprarenin übertrifft das Hydrochlorid noch an Wirksamkeit. Als zweckmäßigstes Schnupfpulver empfiehlt Vf. folgende Zusammensetzung:

Rp.: Zinc. sozojodol. 0·3—1·0,
Menthol 0·2—0·50,
Suprarenin. cryst. 0·001—0·002,
Sacch. lactis 10·0.

(Münch. med. Wochenschr., Nr. 5, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Hochgradige Hautverfärbung nach Injektion von Nebennierenextrakt. Von San.-Rat A. Schücking in Pyrmont.

Vf. hat das Adrenalin, das wirksame Prinzip der Nebennieren, in mehreren Fällen, zur Vermeidung jeden Blutverlustes, bei plastischen, gynäkologischen Operationen, benützt. Bei Anwendung einer Adrenalinlösung 1 : 1000 wurde durch 3 cm³ genügend hämostatische Wirkung erzielt. Die Wirkung hielt zirka 15 Minuten an, üble Nebenerscheinungen konnten nicht beobachtet werden. In einem Falle jedoch, in dem 1·75 cm³ einer Lösung 1 : 100 in die hintere Scheidenwand injiziert wurden, trat nach etwa 7 Minuten eine tief dunkelblaue bis schwarzblaue Verfärbung der Haut ein, die nach wiederholtem heftigem Erbrechen nach einer halben Stunde wieder verschwand. Die intensive Hautverfärbung läßt daher beim Gebrauch des Adrenalins Vorsicht besonders geboten erscheinen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 5, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Die Entgiftung von Kokainlösungen durch Adrenalin ist nach Untersuchungen von Foisy erwiesen. Er bediente sich wässeriger Kokainlösungen 1 : 200, denen er 5% der im Handel befindlichen salzsauren

Digitized by Google

Adrenalinlösung 1 : 1000 zufügte. Als Kontrollösungen wurden Kokainlösungen ohne Adrenalin appliziert. Während bei den Kokain-Adrenalin-Injektionen keinerlei Intoxikationserscheinungen beobachtet wurden, traten anderen Falles ausgesprochene Zeichen von Kokainvergiftungen auf. — (Rép. de Pharm., I., 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Ueber akute Kupfervergiftung. Von Dr. Schäffer, Kreisarzt in Bingen.

Die französische Gesetzgebung gestattet direkt die Kupferung von Nahrungsmitteln bis zu gewissen Grenzen (Reverdisage), und in der Tat wird auch eine chronische Kupfervergiftung von vielen Seiten bestritten. Auch auf das Konto einer akuten Kupfervergiftung werden vielfach Fälle gestellt, die sich später als solche nicht behaupten ließen.

Der Vf. bringt in seiner Arbeit einen einwandsfreien Kupfervergiftungsfall, der anatomisch und chemisch ganz genau untersucht ist. Er betrifft ein Neugeborenes, das drei Tage nach der Geburt starb. Chemisch wurden 0·005 Kupfer in Teilen des Darmes und der Leber deutlich nachgewiesen. Eine mikroskopische Untersuchung ergab Verfettung der Leber, der Nieren, des Herzens, der Schläfenmuskeln, multiple Blutungen in den inneren Organen, feinkörnigen braunen und schwarzen Niederschlag in den Blutherden und in den Blutmassen innerhalb der Gefäße. Bei der Sektion war die Hautfarbe fleckig gelbgrau, Schleimhäute des Mundes bläulich, Blutaustretungen in den Schläfenmuskeln, der Außenfläche des Herzens, in den Papillarmuskeln, auf der Oberfläche und im Innern der Lungen, auf dem Zwerchfell, im Gewebe der Thymusdrüse, auf der Schleimhaut des Magens und Darmes, ferner im Magen ein blutiger Schleim, im Dickdarm Geschwür, fleckige blaßgraue Farbe der Nieren mit zahlreichen Blutungen, weiche und trübe Beschaffenheit der Leber.

Diese Befunde stimmen mit den Angaben von Filehne, Kobert u. a. Toxikologen überein. — (Aerztl. Sachverständ.-Zeitung, Nr. 20, 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

Ueber Fischvergiftung. Von Prof. Dr. Seydel, Königsberg.

Die Arbeit kommt aus einer Gegend, in der Fischvergiftungen nicht zu den Seltenheiten gehören. Die Krankheitssymptome sind im allgemeinen: Somnolenz, Uebelkeit, Brechneigung, Schmerzen im Halse, Schluckbeschwerden, vermehrte Pulsfrequenz, starke reaktionslose Erweiterung der Pupillen, Rötung und Trockenheit des Halses, starke Druckempfindlichkeit der Magengegend, Durchfall und Sehstörung.

Die Ursachen von Fischvergiftungen können verschiedene sein. Oft sind die sogenannten Fischfangpflanzen, z. B. die Kockelskörner oder andere saponinhaltige Pflanzen die Ursache von Vergiftungen; ferner kommt Kupfer in Betracht, das von Austern in bedeutender Menge gespeichert werden kann, oder es sind, wie im vorliegenden Falle, Ptomaine die direkte Veranlassung der Intoxikationserscheinungen. Ein derartiges Ptomain wurde von Kobert isoliert und wegen der Aehnlichkeit seiner Vergiftungssymptome mit dem Atropin Ptomatropin genannt.

Ein Haupterfordernis aber bei der Bereitung der Fischspeisen ist, daß das Fleisch gründlichst erhitzt wird, die Substanz also bis zur völligen festen Gerinnung des Eiweißes bis in die tiefsten Schichten hinein erhitzt wird. Eine unvollständige Eiweißgerinnung bei Fischnahrung bedingt, namentlich bei höherer Lufttemperatur, stets eine gewisse Gefahr. — (Zeitschr. f. Med.-Beamte, Nr. 21, 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

Digitized by Google

II. Diagnostik.

a) Herz.

Ueber hereditäre Syphilis des Herzens. Von B. Fischer.

Die Syphilis des Herzens ist an und für sich nicht häufig, noch seltener aber die hereditäre Herzlues. Die Symptome, die das Kind — es handelt sich um einen 5jährigen Knaben — bei Lebzeiten bot, waren eigentlich ziemlich dürftig (und sie sind vielleicht — hier vom Anatomen wiedergegeben — noch dürftiger ausgefallen), es wird nämlich bloß von klinisch nachweisbarer Vergrößerung der Herzdämpfung, der Leber und von wechselndem Aszites gesprochen. Der Knabe, der im letzten Halbjahre seines Lebens wiederholt Anfälle von schwerer, aber rasch vorübergehender Dispnoe durchmachte, klagte plötzlich während des Spiels über heftige Leibschmerzen, wurde zyanotisch und starb noch vor dem Erscheinen des herbeigerufenen Arztes.

Die im Herzen vorgefundenen Veränderungen betreffen hauptsächlich das Endokard, es erweist sich insbesondere im rechten Herzen schwielig verdickt, und diese schwieligen Veränderungen erstrecken sich auch auf die Papillarmuskeln, die an ihrer Wurzel ganz in fibröses Gewebe eingebettet sind. Daneben finden sich in der Muskulatur des Herzens kleine fibröse Herde und im Conus venosus eine kirschgroße Ausbuchtung (Aneurysma); der rechte Vorhof ist enorm vergrößert, so daß das ganze Herz von ihm verdeckt fast als bloßer Appendix erscheint, und für diese Vergrößerung sind sicherlich die früher beschriebenen Veränderungen zu beschuldigen, weil hiedurch die an und für sich nicht erkrankte Trikuspidalklappe in ihrer Funktion wesentlich gestört war. Veränderungen in den Nieren, zerstreute Herde kleinzelliger Infiltration neben fibröser Schrumpfung einzelner Glomeruli, hypertrophische Leberzirrhose, hochgradige multiple Lymphdrüsenschwellungen, endlich Milztumor sprechen gleichfalls zu Gunsten der anatomischen Diagnose, Syphilis.

Nachträglich ließ sich anamestisch auch erheben, daß dieses Kind der dritten Schwangerschaft der Mutter entsprach (über den Vater war bloß zu erurieren, daß er an Pneumonie verstorben war) und daß dieser Schwangerschaft zwei Abortusse vorausgegangen waren und auch diese dritte Schwangerschaft mit Abort zu enden drohte, eine aus anderen Gründen veranlaßte mehrwöchentliche Bettruhe hatte ihn hintangehalten. Der in der Krankengeschichte erwähnte plötzliche Tod wird gerade bei Lues des Herzens ganz besonders häufig angegeben. — (Münch. Med.-Wochenschr., Nr. 15, 1904.) D.

Ueber abnorme diastolische Geräusche bei der Aorteninsuffizienz. Von Devic und Charvet.

In manchen Fällen von Aorteninsuffizienz kann man diastolische Geräusche hören, die sich, sei es durch ihren schnarrenden, musikalischen oder quieckenden Charakter, sei es durch ihre weite Fortleitung (Thorax, Hals, Kopf, Becken) auszeichnen. Diese bis jetzt hauptsächlich bei Klappendurchreißungen gefundenen abnormen Geräusche können jedoch mit den verschiedensten Läsionen der Klappen zusammenfallen, sowohl bei Ulzerationen als Exkreszenzen, bei starker oder geringer Insuffizienz. Die anatomischen Veränderungen, welche bis jetzt hauptsächlich für die Entstehung der abnormen Geräusche verantwortlich gemacht wurden, genügen also nicht zur Erklärung und müssen von anderen besonderen Umständen begleitet sein, von welchen den Vff. ein hoher intraaortischer Druck oder eine starke ventrikuläre Aspiration die wesentlichsten zu sein scheinen. Klinisch bedeutungsvoll ist die Tatsache, daß von den Vff. diese Geräusche meist im Verlauf syphilitischer oder endaortitischer Insuffizienzen bei relativ jungen Individuen beobachtet wurden und sich mit deutlichem diastolischen Fremissement verbanden. Die weite Fortleitung der Geräusche präzise zu erklären, ist schwierig. Es scheint, daß

Digitized by Google

sowohl die Gefäße als speziell auch das Skelett hiezu in Frage kommen. — (Arch. gén. de Méd. Nr. 14 u. 15, 1904.) E. S.

Die Diagnostik der Pulmonalinsuffizienz. Von Dr. E. Fromherz.

Im Anschluß an zwei Beobachtungen endokarditischer Pulmonalinsuffizienz bei Erwachsenen erörtert F. die Symptomatologie und Differenzialdiagnose dieses Klappenfehlers.

Derselbe charakterisiert sich durch eine Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts, sowie einen Dämpfungsaufsatz über dem Sternum bis zu dessen Mitte und bis zur Höhe der zweiten linken Rippe. Die Auskultation ergibt an der Spitze reine Töne, über dem Ostium pulmonale im zweiten linken Interkostalraum ein systolisches, von einem verstärkten diastolischen Ton gefolgtes Geräusch und ein dem Tone nachfolgendes diastolisches Geräusch. Die Geräusche sind hauchend oder blasend. Ueber der Herzgegend und den unteren Lungenpartien besteht sakkadiertes Athmen. In einem Falle fand sich deutliche Hyperglobulie.

Die Differentialdiagnose hat folgende Zustände zu berücksichtigen.

1. Aorteninsuffizienz, bei welcher manchmal das Geräusch am lautesten links vom Sternum sein kann. Es fehlen bei der Pulmonalinsuffizienz die Zelerität des Pulses, der Retinalpuls und die anderen der Aorteninsuffizienz zukommenden Symptome. Auch spricht die Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts, wenn schwere Kompensationsstörungen nicht nachweisbar sind, direkt gegen Aorteninsuffizienz.

2. Gleichzeitiges Bestehen einer Pulmonalstenose. Es fehlt hiebei der zweite Pulmonalton oder ist mindestens sehr abgeschwächt.

3. Persistierender Ductus Botalli. Gemeinsam mit Pulmonalinsuffizienz ist dem persistierenden Ductus Botalli die Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts, die der Herzdämpfung aufsitzende Dämpfung, sowie der dieser entsprechende pulsierende Schatten im Röntgenbilde, ferner ein systolisches Geräusch mit der höchsten Intensität im zweiten, seltener im dritten linken Interkostalraum direkt neben dem Sternum. Doch dieses Geräusch folgt erst im zweiten Teile der Systole, daneben ist noch ein deutlicher erster Ton zu hören und wird von einem klappenden zweiten Pulmonalton abgeschlossen, welcher nur ausnahmsweise noch von einem jedoch stets inkonstanten Geräusche begleitet wird.

4. Perikarditis. Die Verhältnisse der Dämpfung sowie der Charakter der perikarditischen Geräusche werden kaum in dieser Hinsicht Zweifel aufkommen lassen, wenn auch manchmal bei Perikarditis die Geräusche im zweiten linken Interkostalraum am deutlichsten sind.

5. Extrakardiale Geräusche, wie sie zuweilen im Verlauf von Typhus, Chlorose, Gelenksrheumatismus erscheinen, können im ersten Moment zur Verwechslung Anlaß geben; ihre Inkonstanz, ihr Wechsel bei Veränderung der Körperlage sind entscheidend.

6. Relative Pulmonalinsuffizienz wird durch das gleichzeitige Bestehen der ursächlichen Mitralstenose als solche gegenüber der endokarditischen sich auffassen lassen.

7. Am schwierigsten wird die Diagnose, wenn gleichzeitig Veränderungen an Aorta und Pulmonalis vorliegen, wo nur genaueste Analyse des ganzen Symptomenbildes die Diagnose ermöglichen kann. Vielleicht kann die Hyperglobulie als unterstützendes Moment herangezogen werden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1904.) E. S.

b) Schilddrüse.

Die akute, nicht eitrige Thyreoiditis. Von Dr. F. de Quervain.

Die akute Thyreoiditis beginnt plötzlich unter fieberhaften Allgemeinerscheinungen, auch mit Schüttelfrösten. Rasch, längstens bis zum zweiten Tage, tritt ein Gefühl schmerzhafter Spannung in der vorderen Halsgegend ein, auch Schlingbeschwerden stellen sich ein. Noch am zweiten Tage gewöhnlich tritt Schwellung im Bereich der Schilddrüse auf, meist von Anfang an deutlich auf das Organ beschränkt, seltener von diffuserem

Digitized by Google

Charakter. Meist ist anfänglich nur der eine Lappen ergriffen oder zum mindesten die Schwellung auf der einen Seite stärker. Ausnahmsweise tritt die Schwellung, nachdem sie auf der einen Seite zurückgegangen, auf der anderen Seite auf, am allerseltensten beschränkt sie sich mehr auf den Isthmus, was stets daran denken läßt, daß nicht eine Thyreoiditis, sondern die Entzündung eines kleinen, mehr median gelegenen Kropfknotens vorliege. Die Schwellung läßt sich in der Regel leicht abtasten und zeigt die Umrisse eines mehr oder weniger großen Teiles der Drüse, bei totaler Erkrankung die Hufeisenform.

Die Größe der Geschwulst hängt wesentlich davon ab, ob die Schilddrüse vorher normal oder leicht hypertrophisch war. Im ersten Falle überschreitet der Umfang eines einzelnen Lappens die Größe eines Hühner- oder Gänseeies nicht, im anderen Falle kann die Geschwulst selbst den Kopfnicker seitlich überragen. Die Konsistenz ist in der Regel ausgesprochen derb, nur ausnahmsweise weicher, elastischer. Fluktuation fehlt immer. Die Schwellung ist gewöhnlich hochgradig druckempfindlich.

Die bedeckende Haut zeigt häufig Temperatursteigerung, die aber nur von der Schilddrüsenschwellung übertragen ist und nicht auf Uebergreifen der Entzündung auf die bedeckenden Weichteile beruht. Die Haut zeigt vielmehr keine oder nur geringe entzündliche Erscheinungen, ist häufig von normaler Farbe und Faltbarkeit. Oedem derselben wird nur ganz ausnahmsweise beobachtet.

Außer dem stechenden oder klopfenden und spannenden Entzündungsschmerz besteht eine charakteristische Symptomentrias, welche von der Einwirkung des entzündeten Organs auf die benachbarten Nerven und die Speise- und Atemwege herrührt. Das erste dieser Symptome sind ausstrahlende Schmerzen nach Ohr, Hinterhaupt und Schulter, eventuell auch Unterkiefer, wie man sie auch häufig bei der Struma maligna findet. Sie sind eines der frühesten Symptome der Thyreoiditis und erscheinen schon vor der Schwellung. Das zweite Kardinalsymptom, welches nur in ganz leichten Fällen fehlt, sind Schlingbeschwerden, sowohl infolge der mechanischen Verengung der Speiseröhre durch die direkt auflie∞ende Drüse und das Oedem des periösophagealen Gewebes, als auch der Schmerzhaftigkeit des Schluckaktes, welche durch das Vorbeipassieren der Bissen an der empfindlichen Schilddrüse, als auch durch die Bewegung des kranken Organs bei jederSchluckbewegung bedingt wird. Die Schluckbeschwerden können bei längerer Dauer der Erkrankung zu erheblicher Ernährungsbehinderung führen. Das dritte Kardinalsymptom ist die Behinderung der Atmung, welche hauptsächlich dadurch bedingt wird, daß die Luftröhre zwischen den entzündeten Lappen förmlich eingeklemmt ist und wegen der Verwachsung mit der Schilddrüse bei der rasch sich entwickelnden Schwellung nicht ausweichen kann. Es genügt daher hier eine viel kleinere Volumsvermehrung der Schilddrüse, um Atembeschwerden zu erzeugen, als bei langsam sich entwickelnden Kröpfen. Ferner fehlt in den akuten Fällen auch die Gewöhnung der Kranken an den verminderten Querschnitt ihrer Luftröhre. Endlich wird die Atemnot in einigen Fällen durch begleitende entzündliche Schwellung der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre vermehrt.

Weniger häufig kommen einige Nebenerscheinungen vor. Hiezu gehört Rekurrensparese, peinlicher Hustenreiz, sowie Erscheinungen von Seiten des Sympathikus (Ptosis, Miosis, Aufhebung der Schweißsekretion). Störungen des Blutabflusses vom Kopfe durch Behinderung der Jugularvenen kommen nur ausnahmsweise und bei sehr großen Schwellungen zustande.

Der Verlauf der akuten Thyreoiditis zeigt rasches Ansteigen aller Erscheinungen zu einem meist nach wenigen Tagen erreichten Höhepunkt, von welchem an sowohl Fieber als die übrigen Erscheinungen rasch abfallen. In seltenen Fällen gehen bei einseitigem Beginne die Allgemeinerscheinungen nach vorübergehender Besserung wieder in die Höhe, wenn die andere Seite befallen wird. Bisweilen folgt auch auf eine anfänglich rasche Besserung

Digitized by Google

eine Periode verlangsamter Involution und die völlige Wiederherstellung erfolgt erst nach Wochen und Monaten.

Es gibt auch unvollständig ausgebildete Fälle, sowie auch ausnahmsweise schwere Erkrankungen, in welchen die Entzündung im Anfang beinahe phlegmonösen Charakter zeigt, um schließlich dennoch ohne Eiterung in die Heilung überzugehen.

Die Diagnose des Sitzes der Erkrankung unterliegt keinen nennenswerten Schwierigkeiten. Die Differentialdiagnose hat dann noch akute Hyperämie (Kongestion), dann Blutungen der Schilddrüse, ferner chronisch-entzündliche Erkrankungen (Tuberkulose u. Syphilis) und endlich maligne Tumoren zu berücksichtigen. Der Kongestion, wie sie bei Frauen nicht selten in Beziehung zur Gravidität und Menstruation vorkommt, fehlt das Fieber, der spontane Schmerz, sowie die Störung des Allgemeinbefindens. Schwieriger dürfte es sein, im Verlauf akuter Infektionskrankheiten eine scharfe Unterscheidung zwischen Kongestion und Entzündung zu machen. Blutung und Entzündung sind häufig schwer auseinanderzuhalten. Allerdings kommen spontane Blutungen in normalen Schilddrüsen nicht vor, dagegen häufig in Strumen, namentlich der Struma nodosa. In zweifelhaften Fällen wird stets auf das auslösende Moment zu achten sein, ob Schwellung und Schmerz im Verlauf einer akuten Infektionskrankheit, oder nach heftigen Körperanstrengungen, Hustenstößen aufgetreten sind. Auch wird sich die Blutung auf einen begrenzten Teil der Drüse beschränken, auch werden die Erscheinungen sehr rasch ansteigen und in wenigen Stunden den Höhepunkt erreichen, ferner ohne Fieber und Allgemeinerscheinungen verlaufen. Syphilis und Tuberkulose werden sich durch den chronischen Verlauf genügend von der akuten Thyreoiditis unterscheiden lassen. Die malignen Tumoren, namentlich Sarkome, können in seltenen Fällen derart akut verlaufen, daß eine Verwechslung mit einem Entzündungsprozeß möglich ist. Meist entscheidet jedoch hier die Größe der Geschwulst und die Entwicklung der Krankheit. — Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir., 2. Supplement-Bd.) E. S.

c) Kehlkopf und Nase.

Verirrte Zähne in der Nase als Nebenbefund bei kongenitaler Lues. Von Sanitätsrat Dr. Gräffner.

Bei einem 31jährigen Manne, der erst im achten Lebensjahre die ersten Erscheinungen der hereditären Lues gezeigt hatte, fand G. totale Zerstörung der unteren Muscheln, der Siebbeine und des knöchernen Septums und auf dem Nasenboden unweit der Apertura pyriformis die beiden mittleren Schneidezähne in stumpfem, nach hinten offenem Winkel nebeneinander liegend, nach außen oben gerichtet, die Vorderfläche der Zahnkrone nach der Schädelbasis schauend, zu voller Größe und Stärke ausgebildet. Die Schleimhaut in der Umgebung des linken Zahnes war heftig entzündet, der Zahn schmerzte sehr und wurde deshalb extrahiert. G. meint, daß die Ursache des Zustandes in den durch die kongenitale Lues gesetzten Störungen des Knochenwachstums und der Dentition zu suchen sei, worauf auch die hochgradige Schiefstellung der im Munde befindlichen äußeren Incisivi hinweist. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 4, 1904.) Weil.

Ueber einige seltenere Lokalisationen des akuten umschriebenen Oedems. Von Prof. Dr. Quincke und Dozent Dr. Groß.

Vff. berichten u. a. über mehrere neue interessante Fälle von akutem umschriebenen Oedem des Kehlkopfes, welche verschieden schwere Grade zeigten. 1. Ein 17jähriger Lehrling bekam ohne besondere Veranlassung tiefsitzende Schluckbeschwerden. Aeußerlich zeigte sich der ganze Hals etwas dick, im Spiegelbilde die Epiglottis, namentlich in der rechten Hälfte, stark ödematös, die rechte Arytänoidschleimhaut und aryepiglottische Falte gerötet. T. 38 °. — Spontane Heilung nach drei Tagen. Ein Jahr später ein gleicher Anfall.

2. Ein 26jähriger Arbeiter hatte Halsschmerzen mit Fremdkörpergefühl seit zwei Tagen, seit dem 10. Lebensjahr schon zehn solcher Anfälle gehabt, aber nicht so stark, manchmal mit Heiserkeit, aber

Digitized by Google

ohne Husten und ohne Atemnot, dauerten immer nur einen Tag. Jetzt sehr starkes, graurot durchscheinendes Oedem der Epiglottis und der aryepiglottischen Falten, zum Teile auch subglottisch, links stärker als rechts. Innere Organe und Urin normal. Ohne Fieber und ohne Husten in fünf Tagen nach und nach zurückgegangen.

Die Diagnose gegenüber sekundärem Oedem (bei Lues und Tuberkulose) und Larynxerypsipel stützte sich auf das gute Allgemeinbefinden und die Geringfügigkeit resp. Abwesenheit des Fiebers, sowie natürlich nachher auf den spontanen günstigen Ablauf; denn Oedeme an anderen Körperstellen waren nicht nachzuweisen.

3. Eine 20jährige Köchin bekam etwas Halsschmerzen mit Atemnot, die sich nach einigen Stunden bis zu einem heftigen Erstickungsanfall von etwa 10 Minuten Dauer steigerte; dann kam ein heftiger Hustenanfall mit Lungenödemsputum und einige Stunden später war alles wieder normal. Am anderen Tage entstand eine heftige Anschwellung der linken Hälfte der Oberlippe bis zu den Augenlidern. Patientin hatte schon als Kind häufig Anschwellungen des Gesichtes und der Extremitäten ohne bekannte Ursache und seit sechs Jahren auch ähnliche Anfälle des Halsleidens in geringerem Grade gehabt. Die Vff. meinen, daß hier auch die Schleimhaut der tieferen Luftwege an dem Vorgange beteiligt war, wie Schlesinger auch manche Fälle von Bronchialasthma hieher rechnen zu dürfen glaubt. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 1, 1904.) Weil.

d) Magen.

Unwillkürliche Aerophagie bei Dyspeptikern. Von Dr. Albert Mathieu, Paris.

Die Kranken, welche an Aerophagie leiden, haben keineswegs das Bewußtsein, daß sie Luft verschlucken, sondern sie klagen nur über Aufstoßen von Gasen und ziemlich häufig über gastrische und gastrointestinale Blähungen, die sie oft sehr belästigen. In dem Augenblick, wo das mit Unrecht als Gasaufstoßen betrachtete Geräusch entsteht, schließt der Dyspeptiker den Mund, neigt den Kopf nach vorne und führt eine Schluckbewegung aus, welche mit einem ruktusähnlichen Geräusch verbunden ist. Daß eine Schluckbewegung zu dieser Zeit eintritt, davon kann man sich durch Beobachtung der Kehlkopfbewegungen der Kranken leicht überzeugen. Manchmal kann man auch am Oesophagus auskultatorisch das Hinabsteigen der Luft sowie ihren Eintritt in den Magen an einem metallisch klingenden Geräusch beobachten. Wiederholt sich das Luftschlucken öfters, so dehnt sich der Magen aus. Die Ausstoßung der geschluckten Luft erfolgt nicht abwechselnd mit dem Verschlucken, sondern oft erst nach wiederholtem Schlucken, bis die Spannung der Magenwände einen gewissen Grad erreicht hat. Wird Luft in beträchtlicher Menge geschluckt, so entweicht sie nicht durch die Kardia, sondern dringt in den Darm ein und wird so zur Ursache einer allgemeinen gastrointestinalen Flatulenz. An dem Tage, wo die Aerophagie unterdrückt wird, verschwindet auch die Flatulenz.

Die Aerophagie kann eine freiwillige und eine unfreiwillige sein, doch oft auch eine freiwillige, wenn auch unbewußte, indem die Kranken Luft mittels freiwilliger Bewegungen verschlucken, deren eigentliche Natur sie nicht kennen, sie rufen freiwillig das Einsaugen der Luft hervor, nur bilden sie sich ein, daß sie solche austreiben. Die Luft kann sowohl durch den Schlingakt — das häufigere — als auch durch Aspiration in den Magen gelangen.

Die Dyspeptiker werden dadurch zu Aerophagen, daß sie das Gefühl des Druckes nach der Mahlzeit einer Gasansammlung zuschreiben, welche sie auszutreiben versuchen. Die hiezu ausgeführten Bewegungen haben aber den gegenteiligen Effekt, sie verschlucken Luft. Da nun tatsächlich nach einiger Zeit die verschluckte Luft infolge der erhöhten Spannung entweicht, die Kranken dadurch eine Erleichterung verspüren, halten sie ihr Manöver für erfolgreich und sie wiederholen es aufs neue. Es gibt eine leichte Form der Aerophagie

Digitized by Google

bei Dyspeptikern, in welcher sich die ganzen Erscheinungen auf die erste Viertelstunde nach der Mahlzeit beschränken, eine schwere, in welcher die aerophagischen Krisen sich lange Zeit, anfallsweise oder kontinuierlich ausdehnen, sehr heftig, selbst schmerzhaft sein können. Namentlich bedenklich ist diese Aerophagie dadurch, daß zwischen ihr und der Dyspepsie sich ein Circulus vitiosus ausbildet und das Befinden der Kranken sich zusehends verschlechtert. Bei Hysterie und schwerer Neurasthenie nimmt die Aerophagie spasmodische Formen an. Sekundäre Aerophagie kann manchmal zu schweren Magenerkrankungen hinzutreten.

Die Aerophagie ist eine der häufigsten Erscheinungen. Man wird den Verdacht auf Aerophagie stets dann haben müssen, wenn das Aufstoßen ein reichliches ist. Die Diagnose ist fast sicher, wenn das Aufstoßen in kleinen Serien, ganz sicher, wenn es in großen Serien auftritt. Der Beweis kann in den Fällen unmittelbar geliefert werden, wo es gelingt, auf Kommando einen Anfall von Pseudoruktus hervorzurufen und dabei die Kehlkopfbewegung beobachtet oder der Oesophagus auskultiert wird.

Die Behandlung besteht vor allem in der Aufklärung des Kranken über das Wesen seines Zustandes und es gelingt dann den Kranken mehr oder weniger leicht, die gewohnheitsmäßigen Versuche zur vermeintlichen Gasaustreibung zu unterlassen. Natürlich ist das grundliegende Magenübel ebenfalls zu behandeln. Auch sind Mittel gegen den Reizzustand des Magens indiziert, wie Kodein, Aqua laurocerasi u. a. Das beste Mittel gegen den Anfall ist eine gesättigte wässerige Chloroformlösung. — (Arch. f. Verdauungskrankh. 1.) E. S.

Zur Diagnose des Magenkarzinoms. Von Dr. Julius Sigel.

Vf. erprobte am Material der Ewald-schen Abteilung des Augustahospitals in Berlin die neueren Methoden, die uns in der Differenzialdiagnose zwischen malignen und benignen Magenaffektionen einen Schritt weiter bringen sollen und berichtet in seiner kritischen Arbeit über umfangreiche Nachprüfungen angeblicher für das Magenkarzinom charakteristischer Zeichen resp. diagnostischer Merkmale, und zwar sind das

1. die Tryptophanreaktion,
2. die Eiweißbestimmung nach Salomon,
3. das Verfahren von Gluzinski,
4. die Untersuchung der Fettsäuren im Urin.

Vf. spricht der Erdmann-Winternitz-Gläßer'schen Tryptophanreaktion eine charakteristische Bedeutung als Frühsymptom ab, da er bei 15 Karzinomfällen nur zweimal, bei 20 Ulkusfällen einmal positiven Ausfall fand. (Gläßner hatte unter 12 Karzinomfällen einmal, 6 Ulkusfällen zweimal und einmal bei Gastritis acida positiven Ausfall.)

Diagnostisch verwertbare Resultate ergab eine Nachprüfung der Salomon'schen Methode, welche auf der Ueberlegung beruht, daß ein Magenkarzinom stets etwas eiweißhaltiges Serum ausschwitzt. Das Spülwasser (400 cm^3 physiologischer Kochsalzlösung) des nüchternen und am Abend vorher gereinigten Magens wird mit Esbach'schem Reagens auf seinen Eiweiß- und nach Kjeldahl auf seinen Stickstoffgehalt geprüft, wobei deutlich flockiger Niederschlag für Karzinom sprechen soll, ebenso wie N-Werte, die 25 mg in 100 cm^3 Spülwasser übersteigen. Vf. hat in dieser Weise 20 Fälle untersucht und glaubt, daß es in einzelnen Fällen gelingen wird, auch ohne palpablen Tumor die Diagnose Karzinom zu stellen.

Die Gluzinski'sche Methode bezweckt eine Funktionsprüfung der Magensekretion und besteht in einer dreimaligen Untersuchung derselben an demselben Tage.

a) Morgens nüchtern (Ausspülung des Magens).

b) Nach Probefrühstück (Hühnereiweiß) nach $^3/_4$ Stunden.

c) 4 Stunden nach Probemittagsmahl (Beefsteak).

Bei reinem Ulkus ventriculi in parte pylorica soll in jeder der drei Proben

Digitized by Google

deutlich freie HCl vorhanden sein; als Frühsymptom für Carcinoma pylori ist nach Gluzinski eine mehr oder weniger starke sekretorische Insuffizienz zu verwerten, gefunden beim Vergleich der Resultate dieser Proben. Dauernd hohe Werte der freien HCl, mit der Gluzinski-Methode gefunden, lassen, auch wenn sonst eine Reihe von Symptomen an Karzinom denken läßt, doch unter Umständen auf eine gutartige Erkrankung schließen, wie Vf. an einem ausführlicher geschilderten Falle beweist, während unter Berücksichtigung der übrigen Symptome eine sekretorische Insuffizienz im Sinne eines Krebssymptoms zu verwerten ist. In einzelnen Fällen scheint nach den Erfahrungen des Vf. die Gluzinski'sche Methode recht wertvoll zu sein, während sie ihn in einem anderen Falle völlig im Stiche ließ.

Der differenzialdiagnostischen Brauchbarkeit der Fettsäurenuntersuchung im Urin spricht Vf. jeden Wert ab, da er bei 43 beobachteten Fällen ganz erhebliche Schwankungen der Destillationszahl beobachtete. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 12 u. 13, 1904.) F. L.

e) Niere.

Ein Apparat zur Gefrierpunktbestimmung des Harnes, Blutes etc., mit schneeförmiger Kohlensäure als Kältespender. Von Felix Schlagintweit.

Statt der gewöhnlich angewendeten Kältemischung (Eis und Kochsalz), der Vf. Unreinlichkeit, durch die unvermeidliche Nässe Unbequemlichkeit, sowie endlich langsames und inkonstantes Arbeiten vorwirft, wird die flüssige CO_2 zum Betrieb der kryoskopischen Untersuchungen empfohlen. Die die flüssige CO_2 enthaltende Stahlflasche wird in einem dreibeinigen Gestelle auf den Kopf gestellt, nach Abnahme der Messingschutzkappe in einen Sack aus Molton oder Samt eingebunden, in welchen die Kohlensäure nunmehr unter dem bekannten, heftigen, sausenden Geräusche ausströmt; die flüssige CO_2 hat sich jetzt in Schneeform von —40° verwandelt. Nun drückt man den Schneesack platt und wickelt ihn um den kupfernen Zylinder des Gefrierapparats, in welchem die gewünschte kryoskopische Untersuchung in der herkömmlichen Weise vorgenommen wird. Das Oeffnen und Schließen des Kohlensäurespenders geschieht mit einem Stellrad. Das Verfahren ergibt dieselben Resultate wie die bisherigen, mit Eis und Kochsalz betriebenen Apparate, ist reinlich, bequem, sicher und endlich auch billig (eine Untersuchung kommt auf $3^1/_2$ Pf.; die Kohlensäure wird in handlicher Form von der Firma Rayd t geliefert), da man mit 200 g fünf einzelne Gefrierungen machen kann. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1904.) Vf. verweist bei dieser Gelegenheit auf die Analogie der Technik der Gefrierung in der kryoskopischen Methode mit der des Gefriermikrotoms. Auch hier wurde der früher übliche Aether durch die Kohlensäurebombe verdrängt. Der Gedanke, Aether zur Kryoskopie zu verwenden, hat auch schon praktische Verwendung gefunden (angegeben von Raoult), und so war vom Aether zur Kohlensäure nur ein kurzer Schritt.

Rich. Grünfeld.

Das Krankenexamen bei Verdacht auf Nierentumor. Von Albarran und Imbert. (Aus „Les humeurs du rein"; Paris, Masson 1903.)

Die Familienanamnese hat nur tuberkulöse Belastung und hereditäre Disposition zur Lithiasis zu berücksichtigen. Die größte Aufmerksamkeit erheischen vorausgegangene Symptome seitens der Harnorgane, speziell die Frage nach bestandenen Nierenkoliken, Steinabgang oder Gries im Urin. Oft sprechen die Kranken von initialer Hämaturie, sollten sie dies unterlassen, muß man ihrem Gedächtnis nach dieser Richtung in folgender Weise zuhilfe kommen: Wann und wie trat das erstemal Blut im Urin auf? Bestanden damals Schmerzen in der Nieren- oder in der Blasengegend? Bestand damals gleichzeitig eine häufigere Miktionsfrequenz? War das Blut zum Schlusse der Miktion intensiver rot? War die Blutung abhängig von körperlicher Bewegung, Ruhelage, Medikamenten etc. oder nicht? Intensität und Dauer der Blutung? Verschwand die Blutbeimengung plötzlich oder unmerk-

Digitized by Google

lich? Wie waren die in der Folge aufgetretenen Hämaturien? Ebensolche Aufmerksamkeit ist in der Anamnese eventuell vorausgegangenen Nierenschmerzen zuzuwenden, ferner einem eventuell bestandenen Tumor des Abdomens, dessen weitere anamnestische Erforschung in Bezug auf Wachstum, Rückbildung etc. dann in der für alle Tumoren geltenden Weise zu geschehen hat. Niemals versäume man, den Kranken zu interpellieren, ob er bereits katheterisiert worden sei, ob ihm Besonderheiten in seinem Urin aufgefallen seien, speziell die Beimengung von Steinen, eventuell deren Farbe, Form etc.

Das objektive Krankenexamen beginnen Albarran und Imbert mit der Dreigläserprobe, worauf sie erst zur physikalischen Untersuchung schreiten. Dieselbe umfaßt in erster Linie die Sensibilität und das Volum der beiden Nieren. Man sucht zunächst die Schmerzpunkte, indem man mit den Fingerspitzen in dem Winkel zwischen den sakrolumbulen Muskeln mit den letzten Rippen untersucht, wo sich die Schmerzen am häufigsten lokalisieren, seltener vorne, unter dem Rippenbogen, am äußeren Rande des Musculus rectus abdominis, wo man durch direkten Druck Schmerzen auslösen kann. Des weiteren sucht man Volum, Form, Konsistenz und Beweglichkeit der Nieren zu ermitteln, wobei man die verschiedensten Palpationsmethoden in Anwendung zieht: nebst der gewöhnlichen Palpation das Guyon'sche Ballottement, die bimanuelle Palpation (Glenard, Israel), wobei ein Verfahren oft zur Aushilfe für ein anderes, nicht praktikables dient, und die diversen Palpationsmethoden sich gegenseitig ergänzen. Die Perkussion und Phonendoskopie beschließen diesen Teil der Untersuchung.

Unvermeidlich ist ferner eine detaillierte Untersuchung des Harntraktus: die Bestimmung der Weite der Urethra im Hinblick auf die Ermöglichung einer zystoskopischen Untersuchung; die rektale Palpation der Prostata; die bimanuelle Palpation der Blase, sowie die Bestimmung der Blasenkapazität durch Füllung mit Borlösung oder sterilem Wasser; die Abtastung der Ureteren durch das Abdomen, das Rektum oder die Vagina.

In jedem Falle muß ein Allgemeinstatus aufgenommen werden, Herz und Lungenbefund in erster Linie. Besonderes Augenmerk ist auf etwa bestehende Tuberkulose zu richten, speziell im Bereich des Nebenhodens, der Prostata und Blase. Eine Varikokele, eventuell im Stehen des Patienten gesucht, ist bekanntlich öfters symptomatisch für die Seite der Erkrankung in der Niere verwertbar. Endlich muß man sämtliche Drüsen (nuchale, vertebrale, iliakale, inguinale, axillare, supra- und subklavikulare) abtasten.

Daß eine genaue chemische und mikroskopische Untersuchung des in 24 Stunden vom Patienten spontan entleerten Harnes niemals unterlassen werden darf, ist wohl selbstredend. Wertvolle Resultate kann man oft durch die Zystoskopie erlangen, insbesondere in solchen Fällen, wo Tumoren, die der Blase angehören, einen Ureter komprimieren oder Tumoren des terminalen Ureterabschnittes, die die Blase vorwölben, durch ihre klinischen Symptome: Vergrößerung der Niere, Hämaturie, Lumbalschmerzen, eine Neubildung in der Niere vortäuschen.

Die Analysierung des getrennt (Ureterkatheterismus, Segregation) aufgefangenen Urins mit Zuhilfenahme der modernen Methoden schließlich kann in Fällen von schmerzhaftem Tumor ohne Hämaturie durch vergleichende qualitative und quantitative Untersuchung die erkrankte Seite feststellen, den Zustand der anderen Niere bestimmen und die Basis für das therapeutische, speziell blutige Eingreifen bilden. Rich. Grünfeld.

f) Nervensystem.

Ueber eine besonders insidiöse, durch das Fehlen der Krampfanfälle charakterisierte Form des Status epilepticus. Von Prof. A. Pick.

Bei einer 42jährigen Köchin, die seit zwei Jahren an epileptischen Anfällen litt, stellten sich beim morgendlichen Erwachen eigentümliche Zustände ein, indem Patientin soporös im Bette lag, enge, träg

Digitized by Google

reagierende Pupillen, Perseveration, Echolalie und Echopraxie, ferner einen dem Babinski'schen Phänomen ähnlichen Palmarreflex aufwies. Nach einigen Stunden Klarheit, Amnesie für das Vorangegangene. Diese Zustände häuften sich, traten zuletzt täglich auf. Nur ein einzigesmal war nachts ein epileptischer Anfall vorangegangen. Nach drei Monaten allmähliche Vertiefung des Sopors, in den letzten Tagen vor dem Exitus hohe Temperaturen. Bei der Sektion fanden sich Lobulärpneumonien, am Gehirn nichts charakteristisches. Es handelt sich hier um eine sofort mit dem komatösen Stadium einsetzende Form des Status epilepticus ohne vorausgegangene gehäufte Krampfanfälle. Bei diesem seltenen insidiösen Symptomenkomplex können die für gehäufte Insulte bewährtesten Mittel (Chloral etc.) nicht angewendet werden, während Exzitantien versagen. Die Prognose scheint schlechter als bei anderen Formen des Status. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 12, 1904.) Dr. Rosenthal.

Ueber die Lokalisation und klinische Bedeutung der sogenannten „Knochensensibilität" oder des Vibrationsgefühls. Von Dozent L. Minor, Moskau.

Treitel prüfte als erster die Empfindung, die eine angeschlagene Stimmgabel, auf verschiedene Körperteile aufgesetzt, auslöst. Er lokalisierte das Gefühl in die Haut. Später definierten es Egger und Dejerine als spezifische Knochenempfindung. Sie fanden, wie Treitel, bei Tabikern häufig Dissoziation der Tast- und der Vibrationsempfindung, welche letztere eine eigene anatomische, und zwar ungekreuzte Bahn in der grauen Rückenmarkssubstanz besitze. Minor bedient sich zur Untersuchung des Vibrationsgefühles einer ununterbrochen vibrierenden Stimmgabel mit einem Elektromagnet. Er untersuchte neurologische und chirurgische Fälle, bei letzteren konnte er einigemal die Stimmgabel direkt auf den entblößten Knochen aufsetzen. Eine genaue Lokalisation der Empfindung am Punkte des aufgelegten Instruments finde nicht statt, weshalb diese Methode mit anderen Untersuchungsarten der Sensibilität nicht konkurrieren könne. — (Neurolog. Zentralbl. Nr. 4 und 5, 1904.) Dr. Rosenthal.

Ueber das Vibrationsgefühl. Von Prof. Goldscheider, Berlin. (Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Charitéärzte.)

Die ersten Untersuchungen stammen von Rumpfe (1889), spätere von Treitel, Egger u. a. Beim Vibrationsgefühl spielt die physikalische Beschaffenheit der Gewebe eine große Rolle. Je elastischer und gepannter diese sind, desto besser schwingen sie mit, je schlaffer sie sind, desto schlechter leiten sie. Aus diesem Grunde ist der Knochen am besten für die Stimmgabel erregbar. Die Stärke der Empfindung hängt von der Tiefe ab, in die man den Stimmgabelfuß eindrückt. Daher kann auch bei anästhetischer Haut die Vibration bei genügendem Drucke gefühlt werden. Nach dem Autor ist das Vibrationsgefühl keine spezifische Empfindung, noch ist es auf bestimmte Nerven beschränkt. Am stärksten findet es sich am Knochen, daher ist es zur Prüfung seiner Sensibilität am geeignetsten. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14, 1904.) Dr. Rosenthal.

Ueber Schüttellähmung nach Unfällen. Von Dr. Konrad Ruhemann. (Aus der psychischen und Nervenklinik der kgl. Charité in Berlin.)

Bei der Mehrzahl der obduzierten Fälle von Paralysis agitans war der anatomische Befund negativ. Manche nehmen eine Muskelerkrankung, andere eine Gehirnerkrankung, andere eine ursprünglich funktionelle Störung an. Als ätiologische Momente gelten Heredität, physische Erregungen und Traumen. Vf. verfügt über 35 genau beobachtete Fälle, darunter sieben mit traumatischer Genese. Ferner wurden Gemütsbewegungen, Erkältung und Infektionskrankheiten von den Patienten als Ursache angeschuldigt. In mehreren Fällen trat das Leiden nach organischen Gehirnerkrankungen und Schlaganfällen auf, ferner bei neuropathischer Belastung. Lues spielte keine Rolle. Vf. glaubt, daß in einer nicht unbeträchtlichen Reihe von Fällen ein kausaler Zusammenhang mit Unfällen nachgewiesen werden

Digitized by Google

kann. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13 bis 15, 1904.) Dr. Rosenthal.

Weitere Bemerkungen über die Akathisie. Von Dozent L. Hašcovec.

Bei zwei schon früher mitgeteilten Fällen (Hysterie und Neurasthenie) hat der Autor auf ein Syndrom aufmerksam gemacht, welches darin besteht, daß es dem Patienten bei völlig klarem Bewußtsein nicht möglich ist, sitzen zu bleiben, einerseits infolge eines unwillkürlichen, sich wiederholenden Aufspringens, anderseits infolge eines mächtigen inneren Dranges, das Sitzen mit der aufrechten Körperhaltung abzuwechseln, so daß der Kranke sich mit aller Kraft am Tische anhält, um sich der aufrechten Zwangshaltung zu erwehren. Es handelt sich hier um reine Zwangsbewegungen, ohne vorausgehende oder begleitende Angstgefühle. Der Zustand findet sich wohl nur bei belasteten Personen. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 13 u. 14, 1904.)

Dr. Rosenthal.

Die zytodiagnostische Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bei tuberkulösen Meningitiden. Von Dr. F. und A. v. Torday.

In der durch Lumbalpunktion gewonnenen Flüssigkeit sind in 50—80% aller Fälle Tuberkelbazillen nachweisbar, wenn man das nach 24 Stunden in der Flüssigkeit sich bildende Fibringerinnsel färbt und untersucht. Rascher und leichter liefert die Zytodiagnose einen diagnostischen Beitrag. Nach Widal finden sich bei tuberkulöser Meningitis überwiegend Lymphozyten, bei anderen Meningitiden fast ausschließlich polynukleäre Zellen. Man zentrifugiert die Punktionsflüssigkeit durch zehn Minuten, fixiert und färbt das Sediment. Die Autoren hatten in der Hälfte der Fälle einen positiven bakteriologischen Befund; im Sediment fanden sich Lymphozyten und polynukleäre Zellen, erstere gewöhnlich überwiegend. Stets soll die wichtigere bakteriologische mit der ergänzenden zytodiagnostischen Untersuchung verbunden werden. — (Pester med.-chir. Presse Nr. 14 u. 15, 1904.)

Dr. Rosenthal.

Syphilis und Tabes. Von W. Erb.

Wenn auch für Erb die Frage, daß die Syphilis in der Vorgeschichte der Tabes ungemein häufig sei und in der Aetiologie der Tabes eine ganz hervorragende Rolle spiele, längst entschieden ist, so kann er doch nicht umhin, neuerdings seinen alten statistischen Daten die in den letzten sieben Jahren wieder gesammelten Fälle anzufügen; es sind 400 an der Zahl, wiederum Männer höherer Stände betreffend, von diesen sind bloß 47 ohne nachweisbar syphilitische Infektion, aber auch von diesen 47 kann der größere Teil (35) noch als unter dem Verdacht der Syphilis stehend nach Erb abgetrennt werden, da sie sicherlich einmal geschlechtlich infiziert waren, so daß eigentlich bloß 12 Fälle oder 3% übrig bleiben, bei denen die Untersuchung oder richtiger gesagt die Anamnese keine Anhaltspunkte für vorausgegangene Lues bietet. Bei Zusammenstellung aller 1100 Tabesfälle von Erb, die vielleicht bis auf 20 Fälle sämtlich den höheren Ständen angehören, ergeben sich ungefähr 90% früher mit Syphilis oder Schanker Inüzierter und 10% Nichtinfizierter, und diese 10% schrumpfen auf 3% zusammen, die gar keinen Anhaltspunkt für die Infektion geben. Erb hat, wie bereits früher, auch jetzt die Gegenprobe gemacht, insoferne als er alle ihm unterkommenden, denselben Ständen angehörigen Nervenkranken in gleicher Weise auf vorausgegangene Lues inquirierte, und erhielt dabei nur 21·5% früher Infizierter gegenüber 78·5% Nichtinfizierter. Auch bei männlichen Tabikern niederer Stände ergab sich bei allen Schwierigkeiten der Anamnese die Zahl von 77% Infizierter.

In den letzten Jahren hat E. auch eine Tripperstatistik angelegt; es ergab sich, daß unter 600 Kranken genau 50% mit Tripper infiziert gewesen seien, 50 Tabiker in ähnlicher Richtung untersucht ergaben aber 90% Gonorrhöe. Es haben also unter den Tabikern (allerdings ist die kleine Zahl zu berücksichtigen) fast doppelt soviel Tripper gehabt, als sonst Männer höherer Stände überhaupt. Fast könnte daraus auf einen gewissen Zusam-

Digitized by Google

menhang zwischen beiden Krankheiten geschlossen werden? Das klärt sich aber, wenn die Fragestellung etwas geändert wird. Wie viele tripperkranke Tabiker haben Syphilis gehabt und wie viel tripperkranke Nichttabiker? Antwort: Von 45 Tabikern, die früher Tripper hatten, sind 40, die außerdem eine Syphilisinfektion durchgemacht haben, unter 265 Nichttabikern, die früher einen Tripper hatten, haben nur 92 außerdem eine Syphilisinfektion nachweisen lassen. Auf alle Fälle gibt die häufige Kombination von Tripperinfektion mit der Syphilis in der Vorgeschichte der Tabes zu denken.

Auch wenn die Fragestellung dahin geändert wird, daß man nach der Zahl der Luetiker fahnde, die Tabes bekommen, werde an den gefundenen Tatsachen nichts geändert, denn wie interessant es auch sei, zu erfahren, daß 1—2—5% der Luetiker später Tabes bekommen, so kann daraus doch keineswegs gefolgert werden, daß die Tabes keine syphilogene Erkrankung sei, hat doch niemand behauptet, daß jeder Luetiker Tabes bekommen müsse.

Daß es oft unendlich schwer ist oder schwer sein kann, den verschlungenen Wegen der Infektionsmöglichkeit nachzugehen, darüber ist kein Zweifel. Von ganz besonderem Interesse aber erscheinen die Fälle der tabischen Ehepaare, weil hier wieder eine neue Frage auftaucht; handelt es sich doch hier um eine aus der gleichen Quelle stammende Infektion, und die neue Frage geht nun dahin, ob es nicht tatsächlich eine ganz besondere Form der Syphilis oder des Syphilisgiftes gebe, die die Eigenschaft hätten, das Nervensystem ganz besonders zu gefährden. E. führt hieher zählende Beobachtungen aus der Literatur an.

Die Bedeutung und Schätzung der von Erb mit Konsequenz fortgesetzten Statistik ist eine umso größere, als die pathologische Anatomie bis jetzt keine Anhaltspunkte geliefert hat, ob die tabischen Veränderungen des Rückenmarkes wirklich syphilitischer Natur seien oder nicht; dagegen sprechen die neuesten Befunde von Widal u. a., ausgesprochene Leukozytose der Liquor cerebrospinalis bei Tabes und progressiver Paralyse, sehr zu Gunsten einer Syphilose der Meningen.

Schließlich weist der Autor auch noch die allgemein verbreitete Anschauung zurück, daß es in den weniger zivilisierten Ländern keine Tabes gebe und kommt endlich auch noch in Kürze auf die therapeutischen Erfolge der antiluetischen Behandlung zu sprechen, ohne besonders strikte Vorschläge zu machen, wenngleich von Frankreich aus gerade in den letzten Jahren wieder für energische Merkurialbehandlung eingetreten wird. Den Sukkus der Arbeit spiegelt der Schlußsatz: „Die Tabes ist zweifellos in der übergroßen Mehrzahl der Fälle eine syphilogene Erkrankung, aber es ist zur Zeit noch nicht sicher nachweisbar, wenn auch im hohen Grade wahrscheinlich, daß sie dies in allen Fällen ist.“ — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 1 und ff., 1904.) D.

Zur Aetiologie und Pathologie der Tabes, speziell ihr Verhältnis zur Syphilis. Von F. Lesser.

Lesser sucht das Verhältnis zwischen Tabes und Syphilis auf dem Wege der anatomischen Diagnose zu ergründen, ohne sich dabei zu verhehlen, daß auch die anatomische Diagnose früherer Syphilis oft eine außerordentlich subjektive ist. Nichtsdestoweniger lassen sich trotz dieser Fehlerquelle brauchbare Zahlen gewinnen, wenn man bloß Vergleichszahlen haben will, Vergleichszahlen, welche besagen, 1. in wie viel Prozent bei Sektionen von Tabikern Zeichen von Syphilis anatomisch konstatiert werden und 2. in wie viel Prozent bei Sektionen aller über 35 Jahre alter Verstorbener Syphilis sich anatomisch ergibt; da die gleiche Fehlerquelle in beiden Fragen die gleichen Effekte haben muß, so ist die Verwendung dieser Zahlen eben nur zum Vergleiche gestattet, und da ergibt sich denn an dem von Langerhans und Benda zur Verfügung gestellten Obduktionsmaterial der Krankenhäuser Moabit und

Digitized by Google

Urban Syphilis bei Tabikern nachweisbar in 28%, bei anderen zur Sektion gelangten über 35 Jahre alten Verstorbenen 9·5%. Für einen Teil der Tabesfälle ergebe sich daher unbedingt ein Zusammenhang mit Syphilis, aber nur für einen Teil.

Die weitere Frage, die der Autor sich vorlegt, geht dahin, ob man in jenen Fällen von Tabes, bei denen ein Zusammenhang mit Syphilis besteht, dieselbe als direkte Syphiliserkrankung bezeichnen könnte und mit welchen Syphiliserscheinungen sie in Analogie zu setzen wäre. Dieser Teil der Arbeit ist wohl rein spekulativer Natur. Sowie der Autor vor kurzer Zeit die glatte Zungenatrophie als quartäres Syphilisstadium bezeichnet wissen wollte (auch ohne für alle Fälle den Zusammenhang mit Syphilis anzunehmen), so gilt ihm auch die Tabes — wieder nur in jenen Fällen, die mit Syphilis in Zusammenhang stehen — als quartäres Syphilisstadium, dessen Zeichen interstitielle Wucherung mit sekundärer parenchymatöser Degeneration sind, deren Ausgang Irreparabilität ist und die sich gegen Hg. und Jod refraktär verhalten. Sehr sicher scheint dem Autor die Abgrenzung dieser quartären Produkte gegen das gummöse Stadium wohl selbst nicht, aber er verliert im Laufe der Besprechung diese Unsicherheit und meint, daß bei den meisten Syphilitikern die Syphilis nicht ausheile, sondern mit Umgehung der tertiär-gummösen Prozesse zu den quartären Syphilismanifestationen führe. Er setzt die Veränderungen bei Tabes einfach als interstitielle Entzündung mit nachfolgender Atrophie, beziehungsweise Degeneration der nervösen Elemente der glatten Zungenatrophie gleich, die Tabes ist also eine quartäre Syphilismanifestation. Die Einwände, die sich eventuell gegen diese Auffassung erheben ließen, sucht der Autor zu entkräften, hebt aber nochmals hervor, daß die Tabes nicht ausschließlich als quartäre Syphiliserscheinung aufzufassen ist, sondern daß die interstitielle Entzündung mit ihren Folgezuständen sicherlich auch noch durch andere Momente hervorgerufen werden könne. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 4, 1904.)

D.

g) Auge.

Konvergenzstarre, eine bisher nicht beschriebene Funktionsstörung der Neurasthenie und Hysterie. Von Michiyasu Inouye.

Im Jahre 1902 veröffentlichte Königshöfer seine auf fünf Fällen basierte diesbezügliche Beobachtung. In allen diesen fünf Fällen hatte man es übereinstimmend mit folgendem Befunde zu tun: Starke Beschränkung der binokularen Akkomodationsbreite, geringere Beschränkung der monokularen Akkomodationsbreite; gleichnamige Diplopie für die Ferne, Seitenabstand in allen Blickfeldregionen gleichbleibend, zunehmend bei größerer Entfernung; Einfachsehen in einer größeren oder kleineren Zone, welche dem momentanen Fernpunkte entspricht; gekreuzte Diplopie für die Nähe, Seitenabstand in allen Blickregionen gleichbleibend, zunehmend bei stärkerer Annäherung. Diesen Umstand bezeichnete Königshöfer mit „Konvergenzstarre“ und konnte er in allen fünf Fällen Neurasthenie oder Hysterie, resp. eine Kombination beider Neurosen als Grundursache konstatieren. Die Kranken beklagen sich zunächst übereinstimmend über einen dumpfen Stirn- und Hinterkopfschmerz, der hauptsächlich bei längerem oder kürzerem Gebrauche der Augen auftritt, aber auch bei Untätigkeit der Augen fast nie ganz verschwindet, also immer vorhanden, nur in der Intensität wechselt. Ferner klagen sie darüber, daß sie nicht imstande sind, einen Gegenstand fest zu fixieren, gleichgiltig, in welcher Entfernung sich derselbe befindet; beim Versuch, zu fixieren, tritt sofort Verschwommensehen auf; in schweren Fällen wird über Schwindelgefühl beim Gehen geklagt.

Diese Publikation Königshöfers wurde von Schön dahin beantwortet, daß er schon im Jahre 1893 dieses Krankheitsbild beschrieben hat und zwar als „primär angestrengte Konvergenz mit sekundärem Akkomodationskrampf und tertiärem Konvergenzkrampfe für die Ferne“. Die mit diesem Zustand einhergehenden nervösen Störungen faßt Schön als Folgezustand und nicht als Ursache auf.

Digitized by Google

Seither sind Fälle von Chuta Oguchi, von Bylsma und von Inouye beobachtet worden.

Inouye bespricht nun alle die bisher von anderen und von ihm beobachteten Fälle und kommt zu folgendem Resumé:

Obgleich das Königshöfer'sche Krankheitsbild und das Schön'sche Krankheitsbild die Trias: Divergenz — Gleichgewicht — Konvergenz — gemein haben, so stellen sie doch nicht eine und dieselbe Krankheit dar. So befällt das Königshöfersche Krankheitsbild neurasthenische oder hysterische Individuen und bei ihm geht die Insuffizienz mit dem Verschwinden aller anderen Symptome wieder zurück; beim Schön'schen Krankheitsbilde dagegen bleibt nach Heilung der Krankheit die Insuffizienz bestehen oder diese nimmt dann gar an Intensität zu. Im Grunde genommen handelt es sich beim Königshöferschen Krankheitsbilde um eine durch einen tonischen Krampf auf eine bestimmte Entfernung eingestellte Konvergenz auf neurasthenischer oder hysterischer Basis, während wir beim Schön'schen Krankheitsbilde es mit einem Konvergenzkrampfe zu tun haben, der bei Individuen mit der Insuffizienz auftritt und bis zu einem gewissen Grade schwächend auf die letztere wirkt. — (Die ophthalmol. Klinik Nr. 5, 1904.) Dr. Jänner.

Spezielles und Allgemeines zur Frage der Augentuberkulose. Von Hugo Aschheim.

Als sichere Kriterien der tuberkulösen Natur eines Prozesses können nur gelten: der Nachweis von Bazillen und das positive Experiment. Eine erfolgreiche Injektion von Tuberkulin und das anatomische Bild sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit für Tuberkulose, ein ausschlaggebender Wert ist ihnen jedoch in zweifelhaften Fällen nicht einzuräumen. Ebensowenig ist es statthaft, allein nach dem klinischen Bilde eine bestimmte Diagnose zu stellen. Wenn die sicheren Kriterien im Stich lassen, ist man auf Grund anderer Merkmale nur berechtigt, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu stellen, da — allerdings nur in sehr seltenen Ausnahmsfällen — auf Tuberkulin auch nicht tuberkulöse Prozesse reagieren, da der gleiche, resp. ähnliche anatomische Bau auch in anderen Krankheitsprodukten gefunden wird, da ferner einerseits eine echte Tuberkulose unter einem für sie nicht charakteristischem Bilde auftreten, anderseits ein nicht tuberkulöser Prozeß das Bild der echten Tuberkulose vortäuschen kann. — (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Augenheilk. Herausgeg. v. Prof. Dr. A. Vossius in Gießen. Bd. 5, H. 2. Verlag Karl Marhold, Halle a. d. S., 1903.)

Dr. Jänner.

b) Haut.

Ist die vaskuläre und kutane Eosinophilie geeignet, als differentialdiagnostisches Moment der bullösen Ausschläge zu dienen? Von Dr. Bayet.

1895 stellte Leredde die These auf, daß in dem vermehrten Auftreten von eosinophilen Zellen im Blute und Blaseninhalt, ein wertvolles differentialdiagnostisches Merkmal gegeben sei, welches insbesondere die Trennung des Pemphigus von der Dermatitis herpetiformis Duhring leicht möglich macht. Die diesbezügliche, strikte Formel lautete: Blasenbildung mit Eosinophilie = Duhring'sche Krankheit; Blasenbildung ohne Eosinophilie = Pemphigus.

Die Allgiltigkeit dieses Satzes einzuschränken, sah sich Leredde alsbald selbst gezwungen, nachdem er, gleich Anderen, sowohl beim Pemphigus foliaceus als P. vegetans das Auftreten von eosinophilen Zellen in einer die Norm weit überbietenden Zahl verzeichnen konnte. Dies führte zur Aufstellung einer weiteren Theorie, welche das ohnehin recht unklare Gebiet der bullösen Exantheme einer noch ärgeren Verwirrung preiszugeben drohte. Die Eosinophilie sollte das Bindeglied einer Reihe blasiger Ausschläge darstellen, deren Hauptrepräsentant der Symptomenkomplex Duhrings wäre, dem sich mit Ausschluß des echten Pemphigus noch andere Läsionstypen angliedern würden.

Daß der P. foliaceus resp. vegetans

Digitized by Google

nur Varietäten des P. vulgaris darstellen, ist den Dermatologen dank der unermüdlichen Verteidigung Kaposis, in Fleisch und Blut übergegangen und konnte daher auch durch ähnliche, gekünstelte Aufstellungen keine Verschiebung erfahren. Aber auch die diagnostische Bedeutung der Eosinophilie bei der Duhring'schen Krankheit begann allmählich ins Schwanken zu geraten, seitdem einschlägige Untersuchungen zu ganz divergenten Ergebnissen geführt haben.

In dieser Hinsicht ist auch der Fall von Bayet höchst beachtenswert. Eine 60jährige Frau bietet seit sechs Jahren das typische Bild der wechselnden Eruptionsformen von gruppierten papulösen Effloreszenzen, erbsen- u. bohnengroßen Blasen auf erythematösem Grunde, ekzematösen Scheiben, in Verbindung mit lästigem Juckgefühl. Die für Duhring'sche Krankheit charakteristischen Attacken werden seit Jahren seitens des Vf. kontinuierlich beobachtet und notiert. Während der letzten Ausbrüche von 1901—1903 sind stets Blutuntersuchungen vorgenommen worden. Die Zahl der eosinophilen Zellen entsprach zumeist der Norm (1—2%) Nur einmal war der Prozentsatz bis auf sieben gestiegen, jedoch nur ganz vorübergehend. Die genaueste Exploration des Blaseninhaltes hat nie eine Vermehrung dieser Leukozytenform ergeben, häufig sogar eine unter die Norm reichende Verminderung.

So wäre auch in Bezug auf die Dermatitis herpetiformis die diagnostische Verläßlichkeit der eosinophilen Zellen mehr als in Frage gestellt. — (Ann. du service d. Derm. d. Syph. et d'Urologie Nr. 1, 1904.) N.

Zur Kenntnis der Dermatitis exfoliativa Ritter. Von Dr. Vincenzo Rocchi.

Seitdem G. Ritter 1878 das prägnante Krankheitsbild der exfoliierenden Hautentzündung Neugeborener in allen kennzeichnenden Merkmalen festgehalten, sind der diesbezüglichen Kenntnis zwar mancherlei klinische und anatomische Ergänzungen zugegangen, doch haben sich für die Herkunft des Prozesses nur sehr mangelhafte Anhaltspunkte gewinnen lassen. Auch Vf. vermag nur in histologischer und differentaldiagnostischer Beziehung neue Gesichtspunkte aufzubringen. Der von ihm beobachtete Fall verdient aber immerhin als interessante kasuistische Komplettierung die vollste Beachtung.

Ein 13 Tage nach der Geburt verstorbener Säugling zeigt, acht Tage alt, diffuse erythematöse Stellen am Gesäß, die sich in kurzer Zeit über den übrigen Körper ausbreiten und alsbald von einer Abhebung der Epidermis gefolgt werden. Die Oberhaut liegt ohne Blasenbildung auf weite Strecken hin in Form dünnster gerunzelter Lamellen dem dunkelroten, stellenweise auch leicht blutenden, nässenden Korium auf. An vielen Stellen sind bis handtellergroße Fetzen völlig abgelöst und als flottierende Bänder und Lappen angeordnet. Verschont geblieben sind nur Handteller, Fußsohlen, behaarte Kopfhaut. Nach einer 24stündigen Temperatursteigerung von 40° trat der Tod ein.

Die Mutter zeigte keinerlei Krankheitserscheinungen und hatte das Kind selbst gestillt. Die interne Untersuchung des Kindes ließ keinerlei Veränderungen feststellen. Die Therapie ergab, vom Hautbefund abgesehen, normale Verhältnisse. Die histologische Exploration wurde hiebei auch zuhilfe genommen und auf die Nieren, Milz, Thymus und Leber ausgedehnt. Die Untersuchung verschiedener alterierter Hautbezirke ergab die bekannten Veränderungen im Malpighi'schen Lager und eine mäßige Kleinzellinfiltration im abgeflachten Papillarkörper. Die Differentialdiagnose einem Pemphigus neonatorum exfoliativus gegenüber war in diesem Falle durch das deutlichst verfolgte erythematöse Vorstadium der Oberhautabhebung durchführbar.

In Bezug auf die Aetiologie neigt Vf. zur Annahme, daß sich hier Schädigungen autotoxischer Natur mit einer angeborenen Hinfälligkeit des Deckblattes summieren dürften. Die empfohlene Vor-

Digitized by Google

sicht, in der Prognosestellung die gleiche Reserve wie bei Verbrennungen zu beobachten, sollte nur bestens beherzigt werden. — (La Pediatria Nr. 12, 1903.) N.

i) Zähne.

Ueber Röntgenphotographie. Von Prof. Port.

Vf. beschreibt die Technik des Verfahrens in der zahnärztlichen Praxis an der Hand zahlreicher selbstgemachter Aufnahmen. Man sieht daran den Pulpakanal, die kompaktere Schmelzschicht, Kavitäten und Füllungen. Von forensischer Bedeutung sind die Aufnahmen von Kiefern während der Zahnentwicklung. Bekommt man den Kiefer eines Kindes zur Begutachtung, so braucht man nicht mehr das Präparat zu zerstören, um mühsam die Zahnkeime herauszupräparieren, sondern es genügt die Röntgenphotographie zur Bestimmung des Alters. Praktisch von größter Wichtigkeit ist es für den Zahnarzt, bei Kindern zu wissen, wie es mit den Keimen der Zähne steht, besonders bei Regulierungen abnormer Zahnstellungen. Die Eckzähne zeigen sehr oft eine schiefe Lagerung oder es bleiben Milchzähne auffallend lange stehen und es regt sich dann der Verdacht, daß kein Keim für den Dauerzahn angelegt sei. In diesem Falle gibt das Röntgenbild Aufschluß, ob man den Milchzahn entfernen soll, um dem nachrückenden Zahne Platz zu schaffen oder ob man ihn wie einen vollwertigen Zahn behandeln, id est durch Füllungen konservieren soll. Zum Studium der Frage über Resorption der Milchzahnwurzeln und Zahnwechsel gibt die Röntgenphotographie ein neues, einwandfreies Hilfsmittel, desgleichen zur Frage der retinierten Zähne, welche mitunter nur deshalb im Kiefer verborgen bleiben, weil ihnen irgend ein Zahn oder Zahnrest den Raum versperrt. P o r t beschreibt ferner eine Reihe anderer Fälle aus der Praxis, in welchen die Röntgenaufnahme vorzügliche Dienste leistete. Kommt ein von anderer Hand tief frakturierter Zahn in Behandlung und ist die Sondierung wegen Schwellung oder übergroßer Schmerzhaftigkeit der Weichteile nicht möglich, so liefert eine Photographie die gewünschte Klarheit. Ein 65jähriger Mann kam mit einer reichlichen Granulationsbildung an dem in seinem hinteren Teile zahnlosen linken Unterkiefer in die Klinik. Es lag Verdacht eines beginnenden Karzinoms vor, auf dem Bilde sah man jedoch deutlich die tief frakturierten Wurzeln des zweiten Molaris nach deren Entfernung in drei Tagen Heilung eintrat. Auch kleine im Wurzelkanal abgebrochene Bohrer oder Nadeln kann man im Bilde erkennen. Bei Alveolarpyorrhöe kann man mittels einer Aufnahme die Einschmelzung der Alveolen, resp. während der Behandlung den Beweis einer erzielten Heilung feststellen. Sehr klar und deutlich heben sich Kieferzysten und Geschwülste ab. Zu den schwierigsten Gebieten gehört die Photographie der Highmorshöhle, doch kann man auch hier leicht Fremdkörper sehen, welche mitunter zu jahrelanger Eiterung Veranlassung geben. So kommt es gelegentlich vor, daß man bei Extraktion oberer Mahlzahnwurzeln eine Wurzel nicht findet und erst die Röntgenphotographie darüber Aufschluß gibt, ob jene in das Antrum gerutscht ist oder beim Spülen ausgespuckt wurde. — (Oest. Zeitschr. f. Stomatologie, II. Jahrg., H. 2.) R. K r o n f e l d.

Neue Arzneimittel und Rezeptformeln.

Oleum Digitalis oder **Huile digitalique Nativelle** ist ein nach Anweisung von G. R o s e n t h a l bereitetes, klares, durchsichtiges Digitalisöl mit dem charakteristischen Digitalisgeschmacke, von welchem 1 cm^3 0·000125 Digitalin enthalten soll. Anwendung findet es unter allen Kautelen der Asepsis und Antisepsis intramuskulär, z. B. in die Pektoralisregion bei Herzinsuffizienz. — Dosis: Bei schweren Fällen 1 cm^3 vier Tage hintereinander, in leichteren Fällen zwei Tage hintereinander, in Fällen von myokarditischer Insuffizienz eine, eventuell zwei Injektionen zur

Digitized by Google

Wiederherstellung der Herzenergie. Ist Kollaps zu befürchten, so macht man 1—2 Stunden vor der Injektion eine Koffein- oder Kampherinjektion. — 0·00025 g auf einmal gilt als große Dosis.

Epirenan der Chem. Werke vormals D. Byk-Berlin, ist eine aschfreie, durch sorgfältige Krystallisation gereinigte, wirksame Substanz der Nebenniere (Adrenalin, bezw. Suprarenin), welche ein bestimmtes Drehvermögen und einen bestimmten Zersetzungspunkt zeigt. Die Substanz wird in sterilisierter und haltbarer, gebrauchsfertiger Lösung 1 : 1000 in den Handel gebracht, und zwar als Hydrochlorat in physiologischer Kochsalzlösung.

Physiologisches Blutsalz oder **Nährsalz „Naegeli"** von Hausmann in St. Gallen bereitet, gelangt in Tabletten à 0·10 g Gewicht in den Handel, von welchen jede enthält: Kali chlorat., Kali phophor., Natr. phosphoric., Natr. chlorat., Natr. bicarbonic., Kali sulfuric., Magnes. phosphoric., Calc. phosphoric., Calc. fluorat., Ac. silicium, Mangan. sulfuric., Fer. sulfuric., Fer. phosphoric., genau in dem Verhältnis, wie sie im Blute vorkommen. Angewendet werden sie in erster Linie, um dem Blute die nötigen anorganischen Salze zuzuführen. — Dosis: 2—3 Tabletten täglich. — (Pharm. Post, 1904.)

Als Laxantia werden neuerdings vielfach gebraucht:

1. Rp. Flor. prun. spinos. 7·50
Fruct. sambuc. ebuli 20·0
Rhiz. zingib. 2·0
Fruct. fic. caric. 30·0
Infunde aqu. ferv. ad colat. 150·0
Mannae 25·0
Tartari natron. 5·0

D. S. Stündlich ein Eßlöffel voll bis zur Wirkung.

2. Rp. Extr. fluid. sorb. aucupar.
Extr. fluid. leptandr. virgin.
Extr. fluid. evonym. europaei } āā 10·0

D. S. Morgens ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

3. Rp. Tinct. silyb. marian.
Tinct. elater. } āā 10·0

D. S. Morgens 25—30 Tropfen zu nehmen.

4. Rp. Extr. fluid. aletr. farinos. 15·0

D. S. Dreimal täglich 15 Tropfen zu nehmen.

5. Rp. Coffeinchlorali 2·5
Aq. destill. 10·0

D. S. Morgens und abends 1 cm^3 subkutan einzuspritzen.

6. Rp. Extr. fluid. baptis. tinctor. 5·0
Extr. fluid. leptandr. virgin. 15·0

D. S. Dreimal täglich 20 Tropfen zu nehmen.

7. Rp. Fruct. Johannes. princip. 5·0
Cort. andir. 10·0
Fiat decoct. ad colat. 150·0
Aq. cinnamom. spirituos. 20·0

D. S. Dreimal täglich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

8. Rp. Cort. bichet. offic.
Cort. rhamni frangul. } āā 15·0
Rhiz. zingib. 2·50
Fiat decoct. ad colat. 150·0
Syr. mann. 30·0

D. S. Stündlich ein Eßlöffel voll bis zur Wirkung.

9. Rp. Cort. frangul. 25·0
Fruct. anis
Fruct. coriandr.
Rad. petroselin. } āā 15·0
Rad. zingib. 2·0
Infunde aq. ferv. ad colat. 150·0
Natr. sulfur. 20·0
Syr. mann. 30·0

D. S. Morgens und abends ein Eßlöffel voll zu nehmen.

10. Rp. Sem. carv.
Sem. coriandr. } āā 2·5
Fol. senn. sine resina 10·0
Fiat decoct. ad colat. 80·0
Magnes. sulfur.
Mannae } āā 20·0
Aq. cinnamom. spirituos. 15·0

D. S. Abends zwei Eßlöffel voll in warmem Tee zu nehmen.

Digitized by Google

Bücher-Anzeigen.*)

Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Von Prof. Dr. Eduard Lang. Mit 85 Abbildungen im Text. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1904.

Seitdem Lang, anläßlich des Abschlusses der groß angelegten „Syphilidologie", den Ausspruch getan, seine Erfahrungen nicht weiter in Form von Lehrbehelfen verbreiten zu wollen, bietet sich uns nunmehr zum drittenmale die Gelegenheit, einen diesbezüglichen Rückfall begrüßen zu können.

Im Jahre 1898 legte Lang in der Monographie: „Der Lupus und dessen operative Behandlung" (Šafář, Wien) jene reichen Ergebnisse nieder, welche seine besonders auf diesem Gebiete mit seltener Sorgfalt und Liebe betriebenen Studien gezeitigt haben. Vier Jahre später erhielt der Verlag J. F. Bergmanns (Wiesbaden, 1902) in dem „Lehrbuche der Hautkrankheiten" einen wertvollen Zusatz, zu den an gleicher Stelle erschienenen drei früheren Schöpfungen Langs. Dieser dermatologische Leitfaden wieder, machte die Abfassung einer, nach gleichen Gesichtspunkten angelegten Beschreibung der venerischen Erkrankungen notwendig, Diese liegt nunmehr als würdige Inauguration der Fachliteratur — 1904 — vor uns.

Wem Langs meisterhafte Schilderungskunst, subtile Beobachtungsgabe und heiliggehaltene sachliche Gewissenhaftigkeit geläufig sind, wird schon nach kurzem Blättern erkennen, daß dieses Kompendium sich ebenbürtig seinem Vorläufer anreiht und alle Vorzüge wiederspiegelt, welche dem in unermüdlicher Eigenforschung, objektiver Nachprüfung und nie erlahmender klinischer Scharfsichtigkeit abgeklärten Gelehrten eigen sind.

In souveräner Verachtung zunftmäßiger Nachahmung ist Lang auch diesmal bemüht, die hergebrachte Schablone zu umgehen und nach Art der Konferenziers in abgerundeten Vorträgen den reichen Stoff zur Darstellung zu bringen. Profundes Wissen, genaueste klinische und theoretische Orientierung werden hiebei in den Dienst des stets hochgehaltenen praktischen Bedürfnisses gestellt, ohne den Leser ahnen zu lassen welch mühevollen Ringens es bedurfte um zu dieser Summe von Erkenntnis zu gelangen. Selbst im plastischem Relief der eigenen Leistung ist hauptsächlich nur auf die richtige Beleuchtung der therapeutischen Empfehlungen und diagnostischen Beiträge des Autors mehr Bedacht genommen.

Die Abschnitte über den venerischen Katarrh und das venerische Geschwür, präsentieren sich als Supplemente der gleichlautenden vor einem Dezennium erschienenen Monographien Langs, mit einer dem Stande unseres heutigen ätiologischen und anatomischen Wissens, entsprechenden Umgestaltung.

Aber auch in der Bearbeitung der Syphilis waltet die sichtende Hand des Autors, die trotz Berücksichtigung aller Fortschritte der Disziplin, auch den Vorzügen des großen Handbuches gerecht zu werden vermag. Als solche seien neuerdings, die streng durchgeführte Sonderung irritativer und gummöser Krankheitsprodukte, die klare Definition der Spätmanifestationen, die lichtvolle Schilderung der komplizierten Vererbungsverhältnisse, die reiche Beigabe instruktiver Abbildungen, und nicht in letzter Linie, die minutiöse Berücksichtigung einer, allen Vorkommnissen gewachsenen Rezeptur, besonders hervorgehoben.

Bei des Stoffes neuer Fügung ging ein langjähriger Schüler — Dr. Deutsch — dem Meister hilfreich an die Hand. Dies quittiert die stete Wiederkehr seines Namens in der Bogensignatur.

Möge der Hinweis genügen um auch dieser — hoffentlich noch immer nicht letzten Schöpfung Langs — den weitesten Leserkreis zu sichern. Dieser kann sich füglich auch aus Dermatologen und Jenen rekrutieren, die dem Fache näher treten wollen. Was Lassar bei Besprechung der Vorlesungen über Pathologie und Therapie des Syphilis in der dermatologischen Zeitschrift gesagt, läßt sich auch auf das venerologische Handbuch anwenden: „Es stellt auch für den Lehrer ein glückliches Hilfsmittel dar, wenn er sich auf klinische Vorträge vorbereiten will. N.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Ueber die entzündlichen Erkrankungen der inneren weiblichen Genitalien.

Vortrag, gehalten im Aerzteverein des VII., XVI. und XVII. Bezirkes in Wien am 13. November 1903 von Dozent Dr. **Julius Neumann.**

Sie wissen, meine Herren, daß das innere Genitale der geschlechtsreifen Frau außerordentlich häufig der Sitz von entzündlichen Erkrankungen ist. Die Ursachen für diesen Umstand sind sowohl in der anatomischen Beschaffenheit des weiblichen Genitaltrakts, als in seiner physiologischen Funktion gelegen, denn das innere Genitale ist infolge seiner Anlage, seiner Zugänglichkeit von außen, der freien Ausmündung des Genitalkanals ins peritoneale Kavum und schließlich infolge seiner wichtigsten Funktion, der Fortpflanzung zu dienen, besonders vielen Schädlichkeiten und namentlich sehr leicht den Gefahren der Infektion ausgesetzt.

Wenn ich nun im folgenden eine kurze Uebersicht über dieses große Kapitel der Gynäkologie zu geben bestrebt sein werde, möchte ich vor allem darauf hinweisen, wie unbedingt notwendig es ist, daß der Gynäkologe sich stets die normale Anatomie der Beckenorgane vor Augen halte.

Nebst den Erfolgen der operativen Gynäkologie liegt der Hauptfortschritt in unserem Fache in der Diagnostik und speziell darin, daß wir topisch richtige Diagnosen zu stellen in der Lage sind. Das geht natürlich nur dann, wenn man die topographisch-anatomischen Verhältnisse genau kennt. Wer z. B. über die Lage und Verbreitung des Bindegewebslagers im kleinen Becken nicht genau Bescheid weiß, der wird nicht leicht eine richtige Diagnose auf Parametritis machen und erfahrungsgemäß werden auch häufig intraperitoneale Erkrankungen für extraperitoneale gehalten.

Ebenso wichtig, wie die Kenntnis der normalen anatomischen Verhältnisse, sind diejenigen der pathologischen Anatomie. Wie soll man auch pathologische Veränderungen am inneren Genitale richtig definieren können, etwa bloß auf Grund der Palpation, wenn einem die so verschiedenartigen pathologischen Produkte nicht aus eigener Anschauung und vom pathologisch-anatomischen Studium solcher Objekte her genau bekannt ist? Ich will Ihnen sagen, daß mir bei der gynäkologischen Untersuchung stets das Bild der normalen Anatomie vorschwebt und in demselben Moment, als ich irgend etwas Pathologisches palpiere, taucht auch bereits ein Erinnerungsbild an eines der tausend Objekte auf, welche ich im Seziersaal und im Laboratorium der Klinik gesehen und untersucht habe.

In der Gynäkologie kommt es so viel auf die Diagnose an, daß man dieser Behelfe umso weniger entraten kann, als vom Gynäkologen nicht bloß eine Diagnose der Organerkrankung gefordert wird, sondern auch verlangt wird, daß er die Details der pathologischen Veränderungen möglichst genau erkenne, sowie die Beteiligung der Nachbarorgane, kurz, daß er ein ausreichend anschauliches Bild von den pathologischen Verhältnissen im Becken zu entwerfen in der Lage sei.

Ich kann mich hier natürlich nicht auf die Schilderung der verschiedenartigen pathologisch-anatomischen Befunde bei der großen Reihe entzündlicher Erkrankungen des inneren Genitales verbreiten und möchte vielmehr diese selbst, in ein Schema auf topographisch-anatomischer Basis gruppiert, Revue passieren lassen.

Meiner Ansicht nach wird sich nämlich der praktische Arzt auf Grund eines solchen diagnostischen Einteilungsprinzips viel leichter zurechtfinden, als mit einem

Digitized by Google

ätiologischen; dieses, als ein bedeutend schwerer einzuhaltendes, ist noch eher für den Fachmann geeignet, welcher bessere Gelegenheit hat, die modernen diagnostischen Hilfswissenschaften in jedem Einzelfall in Anwendung zu ziehen.

Wir betrachten also am besten Uterus, Tuben und Ovarien gesondert und unterscheiden zunächst am Uterus: 1. die entzündliche Schleimhauterkrankung, die Endometritis, 2. die entzündlichen Vorgänge in der Muskelwand des Uterus, also im Myometrium und 3. die Entzündung des peritonealen Ueberzuges am Uterus oder Perimetritis;

an den Tuben: 1. die Endosalpingitis, 2. die entzündlichen Veränderungen der Tubenwand und 3. die Entzündung des Peritonealüberzuges der Tube, die Perisalpingitis;

schließlich unterscheidet man an den Ovarien die entzündlichen Veränderungen des Ovarialparenchyms, die Oophoritis von der Perioophoritis, der adhäsiven Entzündung an der Oberfläche der Eierstöcke mit den dieselben umgebenden Partien des Beckenperitoneums oder des Peritonealüberzuges der Nachbarorgane.

Diese solcherart auf Grund der topographisch-anatomischen Einteilung unterschiedenen Krankheitsprozesse sind jedoch tatsächlich sehr oft nicht von einander streng zu trennen, und zwar deshalb, weil infolge vielfacher Uebergänge und Kombinationen diese entzündlichen Prozesse nicht isoliert bestehen. So ist es nicht selten, daß Endometritis mit Endosalpingitis vergesellschaftet ist und noch häufiger, ja etwas ganz gewöhnliches ist es, daß bei bestehender Perimetritis noch Perisalpingitis und Perioophoritis vorhanden ist. Das erklärt sich einerseits aus den nahen anatomischen Beziehungen der einzelnen Teile des inneren Genitales zu einander und anderseits daraus, daß entzündliche Prozesse hier die Tendenz zur weiteren Verbreitung nach oben haben.

Von den bereits genannten Entzündungsprozessen ist infolge der Lokalisation zu trennen die Beckenphlegmone oder Parametritis, d. h. die entzündliche Erkrankung des extraperitoneal und in größter Menge neben der Cervix uteri gelegenen Beckenbindegewebes.

Ich rate Ihnen, meine Herren, auf Grund meiner nunmehr vieljährigen Erfahrung bei Stellung gynäkologischer Diagnosen überhaupt von einem dem eben aufgestellten analogen topographisch-anatomischen Schema auszugehen und somit auch bei entzündlichen Prozessen sich der Reihe nach stets die Frage vorzulegen: 1. am Uterus: ob das Endometrium, das Myometrium oder das Perimetrium, besser gesagt, das Mesometron krank sei; 2. bei den Tuben, insbesondere ob Endo- oder Perisalpingitis; 3. bei den Ovarien, ob Oophoritis oder Perioophoritis besteht und schließlich 4. ob das Beckenbindegewebe entzündlich infiltriert sei.

Wenn ich gleich bei der Diagnosenstellung verweilen darf, um hier einige Bemerkungen zu machen, so will ich folgendes noch hinzufügen.

Abgesehen von den häufigen Kombinationen mehrerer der genannten entzündlichen Prozesse, man trifft sie doch nicht allzu selten alle mitsammen an, liegt eine gewisse Schwierigkeit der Diagnose auch darin, daß manche Diagnosen oft nur vermutungsweise gestellt werden können.

Wir wollen sie der Reihe nach durchgehen. Also zunächst die Endometritis. Man unterscheidet zweckmäßigerweise die zervikale von der Endometritis corporis uteri. Der Verlauf der Endometritis ist ein akuter oder chronischer, ihr Einsetzen ebenfalls akut oder schleichend. Die Diagnose kann in exakter Weise eigentlich nur aus der histologischen Untersuchung des Endometriums selbst gestellt werden. Da wir jedoch nur gelegentlich in die Lage kommen, eine solche Untersuchung auszuführen und anderseits die Endometritis mit ihren verschiedenen Formen, auf die näher einzugehen, hier nicht möglich ist, so kolossal häufig ist, müssen wir uns damit begnügen, aus den klinischen Erscheinungen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu konstruieren. Sie kennen diese Erscheinungen, von denen ich bloß die wichtigsten erwähnen will, das sind die vermehrte und meist schleimig-eitrige Se-

Digitized by Google

kretion aus dem Uterus, sowie die Menorrhagien und länger dauernden atypischen Blutungen.

Gesondert zu betrachten ist die Endometritis puerperalis wegen ihrer so eminenten Bedeutung in prognostischer Hinsicht und wegen ihrer Beziehung zum Puerperalfieber. Sie wissen, meine Herren, wie wir die Diagnose dieser entzündlichen Erkrankung des Endometriums im Wochenbett stellen, aus krankhaften Erscheinungen allgemein klinischer Natur, so insbesondere aus bestehendem Fieber, ferner aus der veränderten Beschaffenheit des Lochialsekrets, seinem mikroskopischen und bakteriologischen Verhalten. Oft jedoch sind die lokalen Erscheinungen trotz deletären Verlaufes des Prozesses so geringfügig, daß man die Diagnose in viva nicht machen kann. Ich darf hier die Bemerkung anfügen, daß übler Geruch des Lochialsekrets nicht identisch ist mit gefährlicher Infektion; ja gerade bei der gefährlichsten Art der häufigeren Infektionen, der Endometritis puerperalis infolge Streptokokkeninfektion, stinkt das Sekret nicht. Uebler Geruch ist vielmehr bloß auf Eiweißzersetzung und Fäulnis zurückzuführen, Dekompositionen, welche, wenn auf der Lebenstätigkeit von Mikroorganismen beruhend, gewöhnlich von nicht pathogenen Saprophyten herrühren. Erwähnenswert ist allerdings, daß saprophytische Keime oft gleichzeitig neben pathogenen im kranken Genitale vegetieren.

Auf die Aetiologie, die Prognose und Therapie der Endometritis komme ich später noch zurück.

2. Die entzündlichen Erkrankungen der Uteruswand oder des Myometriums, namentlich die echten Entzündungen, sind hier sehr selten. Eine akute Metritis kommt isoliert überhaupt kaum vor, dagegen ist die Mitbeteiligung der Uteruswand bei entzündlichen Prozessen der Umgebung und insbesondere des Endometriums häufig. Es handelt sich dabei wohl hauptsächlich um ein akutes, kollaterales, entzündliches Oedem. Das Bestehen eines solchen pathologischen Zustands nehme ich an, wenn bei bestehender Endometritis, z. B. in puerperio, oder nach intrauterinen Eingriffen, wie Abrasio mucosae uteri oder nach intrauteriner Behandlung mit starken Aetzflüssigkeiten, Jodtinktur etc., der Uterus selbst sehr empfindlich und wie geschwollen ist. Gleichzeitig fand ich und das halte ich als ein pathognomonisches Zeichen dafür, den Uterus, falls er sonst nicht pathologisch lag, in Anteversio-positio und weniger beweglich als normal. Dabei habe ich stets den Verdacht, daß es sich um den Anfang eines aufs Peritoneum oder die Adnexa sich fortsetzenden Entzündungsprozesses handelt und das trifft ja auch oft zu. Noch häufiger vielleicht ist jedoch ein derartiger pathologischer Zustand, den ich mir, wie gesagt, als akutes kollaterales entzündliches Oedem vorstelle, bedingt durch eine Lokalerkrankung der Muskelwand der Uterus. Abszesse kommen da allerdings sehr selten vor, aber desto häufiger und namentlich bei den Puerperalinfektionen häufig ist die Lymphangitis und Thrombophlebitis, lokalisiert in der Uteruswand und im Ligamentum latum.

Beim Fortbestand entzündlicher Reize in der Umgebung des Uterus, namentlich bei Endometritis, kann sich aus dem geschilderten akuten ein chronisch-entzündlicher Zustand des Myometriums entwickeln; das ist die Metritis chronica oder der sogenannte Uterusfarkt, eine pathologische Veränderung, deren Beziehung zu neoplasmatischen Erkrankungen des Uterus, namentlich dem Myom, nicht ganz geklärt ist.

3. Die Frage nach der entzündlichen Erkrankung des Uterusperitoneums, des Perimetriums oder Mesometron, wird gewöhnlich allgemeiner als Frage zu stellen sein, ob Beckenperitonitis besteht.

Das ist meiner Ansicht nach noch eine der leichteren gynäkologischen Diagnosen, denn wohl schon nach 24stündigem Bestand einer Peritonitis haben sich Adhäsionen gebildet um das innere Genitale. Der Uterus liegt meist in Retroversion; versucht man, ihn in seine normale Stellung zu bringen, so erweist er sich als fixiert. Damit ist die Diagnose gestellt. Die einfach adhäsive Perimetritis ist so überwiegend in der Mehrzahl, daß ich hier

Digitized by Google

von den selteneren Entzündungen des Uterusperitoneums mit plastischer oder flüssiger und eitriger Exsudation absehen kann. Diese letzteren sind meist puerperalen Ursprunges oder postoperativ entstanden. Ich kann mich auf ihre Schilderung, wie auf die Beschreibung des ohnehin wohlbekannten Bildes der einfachen adhäsiven Beckenperitonitis nicht verbreiten.

Dies möge hier gleichzeitig auch auf die Perisalpingitis und Perioophoritis bezogen werden, Diagnosen, welche man in analoger Weise, wie beim Uterus, aus der Anwachsung dieser Organe ans Peritoneum der hinteren Beckenwand oder an dasjenige der Nachbarorgane stellen kann, falls nur Tuben und Ovarien überhaupt genau zu tasten sind. Ein Irrtum, namentlich beim Uterus, kann entstehen durch Annahme einer Fixation, also einer Anwachsung, wenn das Organ der hinteren Beckenwand bloß innig anliegt und sich von da nicht abheben läßt; wiederholte sorgfältige Untersuchungen bringen gewöhnlich leicht die Entscheidung.

Jedenfalls schwieriger als beim Uterus liegt die Sache mit der Diagnose entzündlicher Erkrankungen an den Adnexen, falls es nur nicht zu hochgradigen pathologischen Veränderungen gekommen ist. Sie wissen, daß man die normale Tube nur ausnahmsweise palpieren kann; es wird Ihnen daher einleuchten, daß man auch die etwas geschwollene, vielleicht einige Tropfen Eiters enthaltende Tube nicht zu tasten vermag oder wenn schon, daß es schwer sein wird, aus dem Befunde die Salpingitis zu diagnostizieren. Ich stehe nicht an, zu behaupten, daß Leute, die so häufig „leichte Schwellungen“ der Tuben finden und die Diagnose: Salpingitis machen, mehr kombinieren, als sie festzustellen vermögen, womit ich natürlich nicht sagen will, daß man die Salpingitis überhaupt nicht erkennen kann; doch dazu müssen die Bauchdecken dünn sein, die Patientin darf nicht spannen, der Uterus muß vorne liegen u. s. w. Eher noch geht's in Narkose; im wachen Zustand kann auch das Ligamentum rotundum leicht für die Tube gehalten werden.

Noch unsicherer sind natürlich Palpationsbefunde für die Feststellung von Wandveränderungen der Tuben zu verwerten; aber gelegentlich kann man die sogenannten isthmischen Knoten am Abgang der Tube vom Uterus tasten.

Auch für die Erkenntnis entzündlicher Erkrankungen an den Ovarien müssen einige Schwierigkeiten in Betracht gezogen werden. Bezüglich der Perioophoritis habe ich schon erwähnt, daß man sie aus der Anwachsung des Organs erkennt und diese zu palpieren ist jedenfalls leichter, als z. B. Anwachsung der Tube, und zwar aus dem Grunde, weil bei genauer Untersuchung die Ovarien oder zum mindesten ein Ovarium gewöhnlich zu tasten ist.

Aber die Diagnose der Oophoritis und des Eierstockabszesses ist schon viel schwieriger. Die klinischen Symptome sind nicht eindeutig genug, um speziell für Erkrankung der Ovarien zu sprechen. Und der Palpationsbefund? Worin kann er bestehen? Doch nur in dem Nachweis der Druckschmerzhaftigkeit und etwa in der Vergrößerung des Organs. Darauf ist aber nicht viel zu geben und man sollte doch denjenigen, die so häufig auf klinischem Wege diese Diagnose stellen, in Erinnerung bringen, daß die Betastung der Ovarien physiologischerweise Schmerz hervorruft und daß die Größe der Ovarien ebenfalls physiologischerweise variiert, daß das Ovarium insbesondere zur Zeit der Follikelreifung ganz beträchtlich, bis aufs Doppelte sich vergrößern kann. Vieles, was man hier als Entzündung zu erkennen vermeint, ist meiner Ansicht nach eigentlich Folgezustand der physiologischen Funktion, nämlich der Eibereitung. So glaube ich auf Grund vielfacher Beobachtung, daß z. B. tiefsitzende Follikel kollaterales Oedem im Ovarium mit Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Organs machen. Dasselbe sieht man bedingt durch den Druck unpassender Pessarien.

Wie bei den Ovarien, werden auch beim Uterus und den Tuben entzündliche Erkrankungen auch sonst durch die mannigfachsten lokalen und entfernten Ursachen

Digitized by Google

vorgetäuscht, durch allgemeine akute Infektionskrankheiten, durch Vergiftungen, durch Verletzungen und besonders an den Ovarien, nicht zuletzt durch neoplasmatische Erkrankungen. Das möchte ich nur andeuten und schließlich noch eines und dazu überaus häufigen klinischen Bildes an den Tuben und Ovarien erinnern, nämlich an das Endprodukt der entzündlichen Erkrankung hier, an das, was man Adnextumor nennt. Diese Diagnose ist naturgemäß sehr leicht, wenn man an Stellen im Becken, nämlich rechts und links vom Uterus, hinten, wo sonst keinerlei Resistenz zu tasten ist, tumorartige, meist sehr schmerzhafte Resistenzen findet, welche ihrer Lage nach als intraperitoneal gelegen zu erkennen sind.

Schwer oder eigentlich oft unmöglich ist dabei nur die Feststellung, was vom Tumor zur Tube und was zum Ovarium gehört und das ist begreiflich, wenn man weiß, wie diese Organe mit den entzündlichen Membranen und Exsudatschwarten in ein schwer zu entwirrendes Konvolut verbacken sind. Man kann aber füglich darauf verzichten, klinisch, d. h. durch die Palpation, diese genaueren Verhältnisse immer festzustellen.

Was nun schließlich die Parametritis oder die entzündliche Infiltration des Beckenzellgewebes anlangt, so kommt diese im allgemeinen viel seltener vor, als die bisher erwähnten entzündlichen Prozesse und insbesondere seltener als die entzündlichen Adnexerkrankungen, mit denen die Parametritis so oft verwechselt wird. Wer nur einen oder zwei derartige typische Fälle untersucht hat, jene Fälle von steinharten Infiltraten im unmittelbaren Anschluß an den Uterus und unmittelbar bis an die knöcherne Beckenwand heranreichend, der wird gegebenenfalls sofort wieder die richtige Diagnose stellen.

Gerade im Anschluß an die kurze Erwähnung dieser entzündlichen Erkrankungen, welche man als zu den Entzündungsprozessen des inneren weiblichen Genitales rechnen kann, möchte ich noch etwas hervorheben. Sind Sie nun einmal mit der Untersuchung so weit fertig, daß Sie den entzündlichen Prozeß topisch lokalisiert haben und sind Sie unter Verwertung des ganzen klinischen Bildes, sowie der Anamnese, zu einer Diagnose gelangt, so empfehle ich Ihnen, im jeden Falle noch eine weitere spezielle Frage sich vorzulegen und die lautet: Ist Eiteransammlung im Becken vorhanden? Diese außerordentlich wichtige Frage ist oft leicht zu beantworten, und zwar namentlich dann, wenn es sich um größere Mengen Eiters handelt, wie in eiterigen Adnextumoren, intraperitonealen abgekapselten Exsudaten, großen ovarialen und parametralen Abszessen. Oft ist die Entscheidung jedoch sehr schwer oder unmöglich und aus begreiflichen Gründen; denn wir besitzen keinerlei sichere Erkennungszeichen für innere Eiterungen. Bei der Palpation findet man z. B. deutliche Fluktuationen. Daraus kann man nur schließen, daß Flüssigkeit vorhanden ist; ob es seröses Exsudat, oder der flüssige Inhalt eines zystischen Tumors ist oder ob es Eiter ist, kann daraus allein nicht entnommen werden und die Schwierigkeit liegt ferner darin, daß neoplasmatische Veränderungen, z. B. in den Ovarien, häufig mit entzündlichen Prozessen vorkommen. In solchen Fällen müssen alle Umstände des Falles, namentlich die Anamnese herangezogen werden, auf deren große Wichtigkeit bei der Diagnose gynäkologischer Affektionen im allgemeinen und der entzündlichen Prozesse im speziellen ich hier bloß kurz hinweisen will.

Die klinische Beobachtung, das Bestehen von Fieber, ist für Eiteransammlung im Becken nicht absolut beweisend und auch ein in neuerer Zeit viel vertretenes diagnostisches Hilfsmittel, die Blutuntersuchung, ist nicht immer maßgebend. Sie wissen namentlich, meine Herren, wie die Frauen mit chronischen entzündlichen Prozessen des inneren Genitales oft elend herunterkommen und anämisch werden. Ja, man trifft nicht allzu selten die Blutbereitung und alle Organfunktionen so darniederliegend, daß man eine Art von Marasmus vor sich hat und da Hyperleukozytose anzutreffen, ist etwas sehr häufiges, auch ohne größere Eiteransammlung. An anderen Stellen des Körpers macht man die Probepunktion.

Digitized by Google

Das geht auch hier manchmal, so insbesondere, wenn der Tumor mit den Bauchdecken oder dem Scheidengewölbe verwachsen ist, was nicht immer der Fall zu sein braucht. Und eben darin liegt die Gefahr der Probepunktion, denn es geht nicht an, in den Bauch hineinzustechen, ohne sicher direkt auf den Eiterherd zu treffen, wegen der Gefahr der Verletzung von Organen oder der Verbreitung der Infektion auf gesunde Stellen. Tatsächlich macht auch der Gynäkologe die Punktion zu diagnostischen Zwecken sehr selten.

Und noch eine weitere Schwierigkeit bei der Erkennung eines Eiterherdes, das ist die Möglichkeit, daß in einem fluktuierenden Tumor Blut enthalten ist.

Es ist Ihnen bekannt, meine Herren, daß wir heute die intraperitonealen freien und abgekapselten Blutungen meist in Beziehung bringen zu der Tubargravidität. Nun kann aber der Befund, ja auch der klinische Verlauf gewisser Formen der Tubargravidität, insbesondere des Tubaraborts, täuschend ähnlich demjenigen bei den entzündlichen Erkrankungen sein. Ob Blut oder Eiter, ob Zysteninhalt und seröser Inhalt in alten Tubensäcken oder Eiter, die Frage nach Eiteransammlung überhaupt ist an sich außerordentlich wichtig, schon wegen der einzuschlagenden Therapie, auf die ich zum Schlusse meiner Auseinandersetzungen noch kurz eingehen werde, und ich meine, daß Sie sich in einschlägigen Fällen darüber stets klar zu werden trachten mögen.

Schließlich erwägen Sie ebenfalls in jedem Falle, ob der entzündliche Prozeß ein akuter oder chronischer sei und im ersteren Falle, ob es sich um ein erstes akutes Studium oder um eine neue Attacke, also um eine Rekrudeszenz eines älteren Prozesses handelt.

Auf die Schwierigkeit in der Diagnose neuer entzündlicher Prozesse des inneren Genitales habe ich bereits hingewiesen und hervorgehoben, daß diese Schwierigkeit hauptsächlich in der Geringfügigkeit der Veränderungen oder deren palpatorisch schweren Nachweisbarkeit gelegen ist. Dasselbe gilt auch für manche chronische Prozesse, bei denen das jedoch viel seltener der Fall ist.

Kann man dabei auf Grund der Anamnese und der Beobachtung annehmen, daß die Krankheit schon lange besteht und sind objektive Veränderungen am inneren Genitale nicht nachzuweisen, ist vielmehr der Befund ein negativer, dann rate ich Ihnen, sorgfältig nach einer anderen Ursache der pathologischen Erscheinungen zu suchen. Denn nichts ist ungerechtfertigter, meiner Ansicht nach, als gynäkologische Affektionen anzunehmen und demgemäß eine Behandlung einzuleiten, wenn man eine bestimmte Diagnose nicht zu stellen vermag.

Tatsächlich gibt es auch viele Zustände, Erkrankungen der Nachbarorgane, die Perityphlitis, die chronische Obstipation, die Erkrankungen der Blase, des Rektums, nervöse Erkrankungen und Krankheiten der entfernten Organe überhaupt, welche verkannt, oftmals für gynäkologische Affektionen gehalten und von der Vagina aus mit Tampons, Massage etc. behandelt werden: natürlich erfolglos.

Also: ist der Genitalbefund negativ, dann suche man nach anderweitigen Ursachen, welche erfahrungsgemäß entzündliche Prozesse am inneren Genitale vortäuschen können.

Wenn Sie in solcher Weise bei Ihren Untersuchungen und bei der Diagnosenstellung vorgehen, dann werden Sie, wie ich glaube, 1. andere Affektionen leicht ausschließen können, Sie behalten also für die weiter einzuschlagenden Maßnahmen bloß die richtig erkannten entzündlichen Affektionen des inneren Genitales und Sie haben 2. eine topisch richtige Diagnose gestellt.

Aber, meine Herren, damit sind wir eigentlich noch nicht am Ziel; wir wissen z. B., daß es sich um Perioophoritis handelt. Was soll man sich nun eigentlich über die Ursache dieser Erkrankung denken? So kommen wir logischerweise zur Frage nach der Aetiologie der entzündlichen Prozesse. Wie schon erwähnt, halte ich es für recht, wenn der praktische Arzt sich an ein klinisches Schema hält und das ätiologische Prinzip demjenigen überläßt, der es auch durchzuführen vermag;

Digitized by Google

das ist nun häufig möglich für den in Kliniken praktizierenden Spezialisten, aber auch für diesen nicht immer. Eigentlich ist bloß der pathologische Anatom dazu berufen. Wenn aber leicht festzustellen, dann ist es für jedermann von Wichtigkeit, das ätiologische Moment im Einzelfall ausfindig zu machen.

Ehe ich nun auf die Aetiologie der entzündlichen Prozesse an den inneren Genitalien der Frau übergehe, möchte ich darauf aufmerksam machen, daß diese Prozesse entweder originär genitalen Ursprunges oder übergeleitete und schließlich metastatischen Ursprunges sein können.

Das ätiologische Moment aller dieser Affektionen ist in einer Infektion mit Bakterien zu suchen; wobei hervorzuheben ist, daß die für die Etablierung von Infektionskeimen prädisponierenden oder direkt veranlassenden Momente und Gelegenheitsursachen sehr verschiedenartige sein können. Wenn wir von traumatischen und operativen Verletzungen, als den nicht häufigsten derartigen Gelegenheitsursachen absehen, bleiben uns zwei wichtigste Gelegenheiten zur Infektion des Genitaltrakts übrig und das sind der sexuelle Verkehr und die Geburt.

Der sexuelle Verkehr vermittelt direkt die Uebertragung der Gonokokken und wie häufig diese Art der Infektion ist, das ist uns allen wohlbekannt.

Die Infektionen während der Geburt sind wohl, dank der anti-, beziehungsweise aseptischen Maßnahmen viel seltener geworden. Immerhin liefern auch diese immer noch ein großes Kontingent der hier in Rede stehenden Affektionen.

Bezüglich der Gonorrhöe kann ich nur kurz sagen, daß die Erkrankung vorwiegend in einer Oberflächeninfektion besteht; von den entzündlichen Affektionen sind es insbesonders die Endometritis, Endosalpingitis, Perisalpingitis und Perioophoritis und Perimetritis, welche häufig gonorrhoischen Ursprunges sind.

Die Diagnose kann nur aus der bakteriologischen Untersuchung mit Sicherheit gestellt werden.

Aetiologich zu trennen, aber weder durch ihren Verlauf, noch durch den objektiven Befund genau von den gonorrhoischen klinisch zu unterscheiden sind die auf Infektion mit anderen Mikroorganismen, wie Streptokokken und Staphylokokken beruhenden analogen Organerkrankungen, ausgenommen die akuten Puerperalerkrankungen mit diesen Mikroorganismen, vorausgesetzt, daß diese Infektionen zu Erkrankungen mit allgemeinem Charakter, nämlich zu Sepsis oder Pyämie führen; denn man kann wohl sagen, daß die gonorrhoische Infektion keinen schweren Puerperalprozeß hervorruft. Sie ist auch nur ausnahmsweise in den tieferen Gewebsschichten in Form von Abszessen oder eiterigen Thrombophlebitiden lokalisiert, so daß auch diese Herdaffektionen, sowie auch die Parametritis, auf Kosten andersartiger Infektionen zu setzen ist.

Von originären Genitalinfektionen bedeutungsvoller Natur ist ferner noch die Tuberkulose zu erwähnen, welche ebenfalls sämtliche Teile des inneren Genitaltrakts und in allen Schichten befallen kann.

Von den seltenen originären Genitalinfektionen, jenen mit Bact. coli und anderen, so namentlich auch jenen mit gasbildenden Mikroorganismen, welche die sogenannten Gasphlegmonen hervorrufen, will ich nicht weiter hier sprechen, umsoweniger, als z. B. die durch die letzteren Bakterien hervorgerufenen Veränderungen kaum genau zu den Entzündungen zu rechnen sind.

Die übergeleiteten Infektionen sind solche, welche von entzündlichen Prozessen der Nachbarorgane stammen, so insbesondere vom Processus vermiformis, vom Rektum und anderen Bauchorganen, endlich auch vom primär erkrankten Peritoneum. Diese Erkrankungen des inneren Genitales präsentieren sich gewöhnlich in Form der Beckenperitonitis mit Einbeziehung des Uterus und eventuell der Adnexe, bei Perityphlitis insbesonders der rechtsseitigen Adnexe und sie sind dann als Teilerscheinungen des ursprünglichen Prozesses anzusehende Formen der Perimetritis, Perisalpingitis und Perioophoritis. Für diese übergeleiteten Prozesse spielt, wegen der Häufigkeit, die Peri-

Digitized by Google

typhlitis und die Bauchfelltuberkulose die Hauptrolle.

Die vom Rektum übergeleiteten infektiösen Erkrankungen sind gewöhnliche Infiltrationen des Beckenzellgewebes, welches in einem zusammenhängenden Stratum im Becken verbreitet, sowohl vom Genitale selbst, als vom Rektum her infiziert werden kann.

Schließlich die metastatischen entzündlichen Erkrankungen des inneren Genitales sind sehr selten; aber es kommen z. B. bei Typhus metastatische Abszesse in den Ovarien vor und ich sah eine Puerpera an Pyämie infolge einer eiterigen Otilis media mit Sinusthrombose zugrunde gehen, welche eine metastatische Endometritis hatte, wie die Sektion ergab.

Auf die Differentialdiagnose der eben nach ihrer Aetiologie unterschiedenen Erkrankungsgruppen kann ich mich nicht weiter einlassen. Hervorheben will ich nur nochmals, daß die Eruierung des ätiologischen Moments, oder sagen wir, des Bakteriums, welches die entzündliche Erkrankung veranlaßt hat, gewöhnlich sehr schwierig, ja oft unmöglich ist. Nur bei akuter Endometritis ist dies meist leicht. Aber wie soll man auch, z. B. bei den der Untersuchung direkt nicht zugänglichen Erkrankungen der Adnexe, wenn diese schon längere Zeit bestanden, den Mikroorganismus nachweisen? Die Gonokokken und auch andere Mikroorganismen verschwinden im Laufe der Zeit und man ist häufig auch an dem exstirpierten Krankheitsprodukt nicht in der Lage, das Bakterium zu finden. Zudem kommt die nicht seltene Kombination von gonorrhoischer Erkrankung in den unteren Abschnitten des Genitalkanals mit Adnexentzündungen anderen ätiologischen Ursprunges.

Einen Anhaltspunkt bezüglich der ätiologischen Diagnose der entzündlichen Adnexerkrankungen möchte ich jedoch nicht verschweigen. Man nimmt nämlich an, daß bei einseitiger älterer Adnexerkrankung nicht Gonorrhöe vorliegt, weil diese erfahrungsgemäß vom Uterus gleichmäßig beiderseits die Adnexe befällt. Auch habe ich wiederholt den Eindruck gehabt, als ob die gonorrhoischen Erkrankungen der Adnexe nur im Anfang heftige Beschwerden verursachen und dann späterhin selbst bei hochgradigen pathologischen Veränderungen in den gonorrhoisch infizierten Adnexen keine oder nur geringe und rasch wieder vorübergehende Schmerzen auftreten, während die Adnexentzündungen infolge von Streptokokken und Staphylokokkeninfektionen Jahre und Jahrzehnte hindurch mit den größten Leiden für die Patienten einhergehen. Das ist jedoch — wie gesagt — nur ein subjektiver Eindruck.

Die Anamnese ist in dieser Beziehung nur dann verwertbar, wenn erhoben werden kann, daß ein schwerer Puerperalprozeß überstanden worden ist. Die Angabe, daß die Beschwerden sich an das Puerperium anschlossen, ist allein nicht brauchbar für die Entscheidung, ob vorhandene Adnextumoren gonorrhoischen oder sogenannten puerperalen Ursprunges sind, und zwar aus dem Grunde, weil auch die gonorrhoische Affektion der Adnexe in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle zur Zeit des Puerperiums entstehen. Hat das Kind einer Frau mit kranken Adnexen Ophthalmoblenorrhöe gehabt zur Zeit des vermutlichen Krankheitsbeginnes, dann schließe ich stets auf gonorrhoische Erkrankung der Adnexe.

Ich muß mich darauf beschränken, Ihnen bloß diese kurzen Bemerkungen über ein Thema zu machen, welches — wie eingangs erwähnt — einen großen Teil der Gynäkologie ausmacht und möchte nunmehr noch einiges über die Therapie sprechen.

Am raschesten, glaube ich, um nicht Ihre Aufmerksamkeit allzulange in Anspruch zu nehmen, kommen wir über dieses ebenfalls große Kapitel hinweg, wenn ich Ihnen vielleicht meine persönlichen Ansichten über die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen des inneren Genitales kurz mitteile. Wie verschieden auch die Einzelheiten in der Therapie im speziellen Falle sein mögen, es gibt doch gewisse Grundsätze in der Therapie und diese sind nunmehr so ziemlich feststehend.

So ist es eine neuerdings zum Durchbruch gelangte Erfahrung, daß man sich bei Behandlung dieser Affektionen von

Digitized by Google

denselben Prinzipien leiten lassen muß, als bei Behandlung entzündlicher Erkrankungen anderer Organe des Körpers. Insbesondere muß man es mit Freude begrüßen, daß die operative Behandlung der entzündlich erkrankten inneren Genitalien auf ein vernünftiges Maß reduziert wurde. Nebst den manchmal notwendig werdenden Totalexstirpationen der gesamten Organe sind in neuerer Zeit die schon lange geübten Inzisionen von der Vagina wieder aufgenommen worden und das ist sicher richtig, wenn man sich von dem Gedanken leiten läßt: Ubi pus, ibi evacua.

Ein weiteres Feld für die chirurgische Behandlung ist in den entzündlichen Veränderungen an den Adnexen, welche Sterilität bedingen, gegeben; begreiflich ist jedoch, daß zur Herstellung normaler anatomischer Verhältnisse, so namentlich durch die Wegsammachung des durch Verwachsungen verschlossenen Tubenkanals, sich nur geringfügige pathologische Veränderungen eignen, wie sie speziell bei Perisalpingitis angetroffen werden. Bei solchen Heilungsversuchen und denjenigen, welche Fixationen des Uterus zu beseitigen trachten (auf operativem Wege und durch Losreißung des Uterus in Narkose) muß man sich jedoch, falls der Krankheitsprozeß nicht vollkommen abgeschlossen ist, stets auf abermals eintretende Verwachsungen gefaßt machen, wie ja auch die Heilerfolge der Totalexstirpationen keine absolut sicheren und vollkommenen sind.

Was die chirurgische Behandlung der Endometritis anlangt, so muß man leider sagen, daß diese viel zu oft geübt wird. Ich bin wenigstens der Ansicht, daß die Abrasio mucosae uteri nicht bei allen Formen der Endometritis auszuführen sei und daß dieser Eingriff nicht stets zum Ziele führt. Ich glaube vielmehr, daß sich für diese Therapie und ebenso für die Vaporisation bloß jene Fälle von Endometritis eignen, welche zu langdauernden atypischen Blutungen und Menorrhagien Anlaß geben und das auch nur dann, wenn die medikamentöse Therapie im Stiche läßt. Gegen gonorrhoischen Fluor halte ich die Abrasio nicht für die richtige Therapie; man kann doch auf diese Weise nicht jeden Gonokokkus entfernen, nicht einmal durch die völlige Entfernung der Schleimhaut, also durch Verödung des Uterus, was ebenso schwer ausführbar, als es ein unerwünschtes Resultat der Operation wäre. Ja, ich bin der Meinung, daß man sich beim Vorhandensein von wucherungsfähigen pathogenen Keimen im Uterus resp. auch dann, wenn nur der Verdacht auf frischere Bakterieninfektion des Endometriums besteht, hüten möge, den Uterus auszukratzen, denn gerade nach solchen Eingriffen sieht man das Uebergreifen des Prozesses auf die Tuben und das Peritoneum. Geradezu warnen muß man vor der Abrasio bei kranker Umgebung des Uterus, weil alte Prozesse dadurch akut werden können und allgemeine Peritonitis mit Exitus ist eine nicht allzu seltene Folge der unter solchen Umständen ausgeführten Auskratzung.

Der beste Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauungen scheint mir darin zu liegen, daß man die einst so viel gepriesene Auskratzung bei der puerperalen Endometritis nicht mehr macht, ja, daß sie geradezu meistenorts verpönt ist.

Noch viel mehr Sinn hat die in neuerer Zeit von einigen Seiten empfohlene radikalere Therapie der puerperalen Endometritis und des puerperal infizierten Genitales, nämlich die von Trendelenburg und anderen ausgeführte Unterbindung der thrombosierten Beckenvenen, sowie die Exstirpation des gesamten inneren Genitales. Ueber die spezielle Indikation zu solchen Eingriffen kann ich mich nicht verbreiten.

Bezüglich der nicht operativen Behandlung der puerperalen Endometritis will ich hier bloß die Bemerkung machen, daß ich ein Anhänger der Lokalbehandlung bin. Solange wir nicht etwa ein wirksames Heilserum gegen die vorwiegend in Betracht kommenden pathogenen Mikroorganismen, gegen Streptokokken und Staphylokokken besitzen, glaube ich, daß eine lokale Therapie am Platze ist. Ich mache sehr gerne und wie es mir scheint, nicht ganz ohne Erfolg, Uterusausspülungen mit 50%igem Alkohol und pinsle nachher den Uterus tüchtig mit Jodtinktur aus.

Digitized by Google

Auf die Allgemeinbehandlung und die interne Therapie bei den verschiedenen Formen des Puerperalprozesses kann hier ebenfalls nicht eingegangen werden.

Doch möchte ich kurz erwähnen, daß ich jene Formen von Endometritis, welche mit vermehrter Sekretion einhergehen und insbesondere die gonorrhoische Endometritis mit intrauterinen Aetzungen behandle. Nach Versuchen in Einzelfällen mit den verschiedensten Mitteln, wie mit Formalin, Spülungen mit Protargol etc., bin ich wieder zum Argent. nitric. zurückgekehrt und benütze bis zu 25% Lösungen. Die Art der Applikation besteht in Einbringung des Medikaments mittels Stäbchen oder der Säuger'schen Sonde in den Uterus.

Zur Bekämpfung der Menorrhagien und lange dauernden atypischen Blutungen stehen uns zahlreiche styptische Mittel zur Verfügung; ich verordne vorwiegend das Extr. fluid. Hydrastid. canadens., Salipyrin und Ergotin intern oder in Klysmen; im Notfall mache ich sehr gerne die Tamponade des Uterus mit steriler oder Jodoformgaze, was ganz gut auch ohne vorherige Dilatation der Zervix selbst bei Nulliparen geht. Es scheint mir ferner, daß das Adrenalin für die eben genannten Blutungen ein vorzügliches Heilmittel sei, doch ist meine eigene Erfahrung darüber noch nicht abgeschlossen.

Die sogenannte konservative Behandlung der Perimetritis und der entzündlichen Adnexerkrankungen läßt sich von gemeinschaftlichen Gesichtspunkten aus betrachten. Bei ganz akutem Stadium dieser Prozesse werden antiphlogistische Maßnahmen getroffen; man legt den Eisbeutel aufs Abdomen, macht eventuell lokale Blutentziehungen, gibt Opiate, am besten im Suppositorium und kann vorsichtig auch von der Vagina aus behandeln. Diese namentlich bei chronischen Stadien dieser Erkrankungen oft eingeschlagene Therapie besteht bekanntermaßen in dem Einführen von Wattetampons oder von zirka 1 m langen Gazestreifen, welche mit dem Medikament getränkt sind, das man von der Scheide einwirken lassen will. Am meisten benützt wird das Ichthyol, Jodglyzerin, Heroin und andere Anodyna.

Namentlich das Heroin in 1‰iger Glyzerinlösung, das auf einem Wattetampon eingeführt wird, kann ich aus eigener Erfahrung warm empfehlen. Die Wirkung des Heroins ist jener anderer Opiate und des Chlorals ähnlich. Allgemein narkotisierende Eigenschaften konnten bei vaginaler Applikation ebensowenig beobachtet werden, wie irgend welche andere schädigende Einflüsse. Es wirkt bloß lokal schmerzstillend, und zwar, wie es scheint, durch Resorption.

Die schmerzstillende Wirkung ist in vielen Fällen eine außerordentlich prompte; insbesondere sind es die Fälle von gonorrhoischen Erkrankungen der Adnexe und des Beckenperitoneums, bei welchen in oft überraschend kurzer Zeit unter dieser Behandlung die Beschwerden völlig verschwinden. Aber auch bei der Beckenperitonitis aus anderen Gründen hat sich das Heroin vielfach bewährt, ferner in jenen Fällen von Schwellung der Ovarien, wie sie durch tiefsitzende Follikel, deren Platzen sich verzögert, entstehen und bei der entzündlichen Vergrößerung der Ovarien z. B. jenen, welche sich nach intrauterinen Eingriffen, wie Aetzungen, Abrasio, Abortusausräumung etc., gelegentlich einstellen, ohne daß die Tuben oder das Beckenperitoneum nachweislich erkrankt wären. Man muß wohl annehmen, daß es sich dabei um einen Transport des entzündungserregenden Virus auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahnen handelt. Die Schmerzen, auch hier das Hauptsymptom werden ziemlich prompt durch Heroin beseitigt. Schon eine Stunde nach Einlegen des Tampons lassen die Beschwerden nach und diese Besserung dauert nach Angabe der Patientinnen verschieden lang bis zu 12 und 18 Stunden an.

Wir haben also allen Grund, mit dieser Therapie soweit zufrieden zu sein, als es die symptomatische Behandlung überhaupt gestattet. Ueberdies mögen auch andere therapeutische Behelfe in Anwendung gezogen werden, welche bei den genannten Erkrankungen üblich sind.

Digitized by Google

Die Verabreichung innerer Mittel bei diesen entzündlichen Erkrankungen ist etwas in Mißkredit geraten und ebenso die vor einiger Zeit vielgepriesenen Injektionen mit Thiosinamin. Sehr wichtig ist hingegen in jedem Falle für regelmäßige Stuhlentleerung zu sorgen. Hydriatische Prozeduren, Vaginalspülungen, Sitzbäder, Applikation von Dunstumschlägen auf den Bauch und schließlich Badekuren dienen als willkommene Heilbehelfe. Eintretende Besserungen im Befinden der Patientin auf das „post hoc" oder „propter hoc" hin richtig zu beurteilen, dürfte sehr schwer sein. Diesbezüglich soll man skeptisch sein. Adnextumoren können kleiner werden, ein fixierter Uterus kann wieder beweglich werden, aber meiner Ansicht nach nur dann, wenn er nicht durch Adhäsionen fixiert, also angewachsen war. Ich sah wenigstens noch keinen Fall, der bewiesen hätte, daß etwa durch eine Moorbadekur ein vorher entzündlich verändertes Genitale wieder normal geworden wäre. Der Wert der Badekuren liegt vielmehr in der periodischen Verbesserung der Zirkulationsverhältnisse und wohl dadurch in einer Erhöhung des Stoffwechsels, sowie ferner in deren schmerzstillender Wirkung.

Die gleiche Ansicht habe ich von den modernen therapeutischen Hilfsmitteln, wie der Heißluftbehandlung.

Auch die sogenannte Belastungstherapie wird man in gewissen Fällen mit Vorteil anwenden können, namentlich bei starken Retroflexionen des Uterus und bei ödematösen Narbensträngen. Hier ist auch die gynäkologische Massage am Platz. Aber alle diese mechanischen Behandlungsmethoden dürfen nur bei völlig abgelaufenen Prozessen angewendet werden und auch da erlebt man oft durch sie bedingte Verschlechterungen.

Die Massage hat überhaupt ein sehr beschränktes Gebiet und ist — das möchte ich besonders hervorheben — bei Eiteransammlung im Becken, beziehungsweise, wenn bloß Verdacht auf solche besteht, streng kontraindiziert.

Bei den übergeleiteten und metastatischen entzündlichen Prozessen des inneren Genitales ist die Therapie naturgemäß auf die Behandlung des ursprünglichen Leidens gerichtet, doch ist man oft in der Lage, wegen der von der Mitbeteiligung des Genitales herrührenden Beschwerden, das Genitale selbst zu behandeln.

Die Mannigfaltigkeit der Therapie kann uns darüber nicht täuschen, daß sie im Hinblick auf die meist infektiöse Aetiologie der hier in Rede stehenden entzündlichen Prozesse nur eine symptomatische ist. Sie richtet sich vor allem gegen das Hauptsymptom, gegen den Schmerz; eine wirkliche Heilung erfolgt — wenn überhaupt — so eigentlich von selbst, und zwar dadurch, daß das Virus sich erschöpft, daß es von den antitoxischen Stoffen, welche der menschliche Organismus selbst produziert, unschädlich gemacht wird. Diese Ausheilung entzündlicher Prozesse erfolgt jedoch, wie allerorten, so auch hier mit Hinterlassung geweblicher Veränderungen, von Narben und diese sind es, die wir so oft vor uns haben, ohne sie beseitigen zu können, nur höchstens gelegentlich auf operativem Wege. Diese Narben und Endprodukte der Entzündung sind es ferner, welche immer noch krankhafte Erscheinungen veranlassen und auch in diesem Sinne meine ich also, daß unsere Therapie bloß eine symptomatische ist.

Ein anderes sehr häufiges Resultat der entzündlichen Prozesse am inneren Genitale ist in der meist dauernden Sterilität der Frau zu erblicken.

Aus der außerordentlichen Verschiedenheit der entzündlichen Erkrankungen der inneren weiblichen Genitalien erklärt sich zur Genüge, warum auch die Prognose eine so verschiedenartige ist. Die im Zellgewebe oder im Endometrium lokalisierten Infektionen können in Heilung übergehen ohne Hinterlassung einer dauernden Funktionsschädigung des Genitalapparats, während andere wieder infolge der hohen Virulenz der Keime selbst in wenigen Stunden zum Tode führen können; dazwischen liegt die ganze große Reihe von Erkrankungen mit den verschiedensten Ausgängen.

Nach diesem flüchtig skizzierten Stande der Therapie und bei der enormen

Digitized by Google

Häufigkeit der entzündlichen Erkrankungen des inneren Genitales einerseits, ihrer Bedeutung fürs Leben, für die Gesundheit und die Fertilität der Frau anderseits, muß man wohl sagen, daß das größte Gewicht auf die Prophylaxe zu legen ist. Wohl sind unsere prophylaktischen Maßregeln vortreffliche und der kolossale Fortschritt, der in der Verhütung der Infektionen intra partum besteht, nicht zu verkennen. Aber, meine Herren, diese Prophylaxe bezieht sich vor allem auf die septischen Infektionen, also auf jene, welche fast ausnahmslos durch Einschleppung pathogener Keime von außen entstehen. Das Problem, die durch den sexuellen Verkehr vermittelte gonorrhoische Infektion zu verhüten, ist jedoch noch nicht gelöst und ebenso untätig sehen wir jenen autochthonen Infektionen zu, welche von bestehenden, meist gonorrhoischen Erkrankungen der unteren Abschnitte des Genitaltrakts (und insbesondere des Zervikalkanals) auf dessen obere Abschnitte übergreifen. Ich will also sagen, daß prophylaktisch gegen die aszendierende Gonorrhöe, namentlich während der Geburt, nichts geschieht und ich meine, daß sich da für uns ein großes und segensreiches Feld der Arbeit eröffnet.

Man braucht sich nur an die vielen Frauen mit Gonorrhöe der Zervix zu erinnern und daran, wie sie fast unfehlbar an Perimetritis und Adnextumoren im Anschluß an eine rechtzeitige Geburt oder an einen Abortus erkranken und namentlich, wenn operativ eingegriffen wurde.

Vielleicht wird es möglich sein, in dieser Beziehung etwas zu leisten durch Ausgestaltung eines bestimmten Planes für die Desinfektion oder zeitweilige Unschädlichmachung der gonorrhoisch infizierten Partien des Genitales unmittelbar vor Ausführung einer notwendigen Operation.

Nach meinen Beobachtungen geschieht so etwas nicht oder nur in unzureichendem Maße, man begnügt sich bloß mit der Waschung des äußeren Genitales, mit einer Scheidenausspülung und desinfiziert das eigentliche Operationsgebiet, was doch sonst so üblich ist, nämlich den Uterus nicht oder erst nach der Operation und selbst dann nicht, wenn eine Uterusgonorrhoe offenkundig ist.

Ich selbst beginne erst meine diesbezüglichen Ansichten ins Praktische zu übertragen, aber schon jetzt und unter Ihnen diese Anregungen geben zu können, scheint mir wichtig genug und vielleicht gewinnen meine Ausführungen, welche Ihnen ohnehin kaum etwas Neues zu bieten vermochten, hiedurch einiges Interesse für Sie.

Die funktionelle Nierendiagnostik.

Von Dr. **Richard Leo Grünfeld** in Wien.

(Fortsetzung.)

In ganz andere Bahnen wurde die Nierendiagnostik in neuerer Zeit dadurch gelenkt, daß die medizinische Forschung es verstanden, sich die großen Errungenschaften der physikalischen Chemie in den letzten Dezennien nutzbar zu machen. Es ist hauptsächlich das Verdienst van t'Hoffs, durch seine geistreiche Theorie der Lösungen Licht in ein bisher dunkles Gebiet gebracht zu haben. Er wies nach, daß die verdünnten Lösungen denselben Gesetzen folgen wie die Gase, indem er die Beziehungen zwischen den konstituierenden Bestandteilen einer Lösung eingehender studierte und die Lehre vom osmotischen Drucke auf dieselbe anwandte.

Unter Osmose versteht man bekanntlich jenen Vorgang, welcher, in den Wechselbeziehungen zwischen zwei chemisch gleichen Lösungen differenter Konzentration begründet, darin besteht, daß die Konzentrationsunterschiede bei Berührung der betreffenden Flüssigkeiten durch Strömung der gelösten Stoffe nach der Seite der schwächeren Konzentration hin

Digitized by Google

sich auszugleichen suchen. Eine interponierte Scheidewand verhindert das Uebertreten der gelösten Stoffe, läßt aber in der angegebenen Weise das Lösungsmittel bis zum Konzentrationsausgleich durch. Die Anziehungskraft derartiger Lösungen nennt man osmotischen Druck; derselbe ist proportional der Menge der in der Flüssigkeit gelösten Moleküle, welch letztere sich 1. in der Verschiedenheit der spezifischen Gewichte, 2. der Dampfdrucke und 3. der Erniedrigung des Gefrierpunktes äußern.

Für unsere Zwecke kommt nun neben der Bestimmung des spezifischen Gewichtes hauptsächlich die Gefrierpunktserniedrigung in Betracht. Die Bestimmung derselben ist unter dem Namen der Kryoskopie in den letzten Jahren klinisch allerorten geübt und speziell in die Nierendiagnostik eingeführt worden. Theoretisch liegt derselben folgendes zugrunde: Während das reine Wasser bei 0° vollständig gefriert, tun dies Lösungen bei einer unter dem Nullpunkt stehenden Temperatur. Je tiefer nun abgekühlt wird, desto weiter schreitet die Eisausscheidung. Man nennt jene Temperatur, bei welcher die erste Eispartikel ausfällt, die Gefriertemperatur, und den Abstand derselben vom Nullpunkt die Gefrierpunktserniedrigung der betreffenden Lösung (Meyerhoffer). Ist nun in zwei Lösungen die gleiche Anzahl von Molekülen enthalten, d. h. sind dieselben äquimolekulär, dann weisen sie gleiche Gefrierpunktserniedrigung auf (Raoult); außerdem zeigt eine 2%ige Salzlösung eine doppelt so große Gefrierpunktsdepression als eine 1%ige (Blagden, zitiert nach Meyerhoffer). Die Gefrierpunktserniedrigungsbestimmung ist demzufolge ein direktes Maß für den osmotischen Druck einer Lösung, demnach auch für deren molekuläre Konzentration. Je molekulär konzentrierter im osmotischen Sinne nun eine Lösung ist, desto tiefer liegt ihr Gefrierpunkt unter dem des destillierten Wassers und umgekehrt. Auf die Harnsekretion angewendet, liegen die Verhältnisse nun folgendermaßen:

Die Nierenarbeit besteht in der Sekretion eines Drüsenprodukts (des Harnes), d. h. in der Bereitung einer aus Blut und Lymphe stammenden Flüssigkeit. Da nun aus einer dünneren Muttersubstanz, dem Blutserum, ein konzentriertes Produkt, der Harn, entsteht, kann man aus dem Unterschiede in der Konzentration dieser beiden Lösungen die Funktionsgröße der Nierenarbeit berechnen. Diese beiden Flüssigkeiten sind nämlich ebenfalls den Gesetzen der Osmose unterworfen, wobei der Ausgleich des osmotischen Druckunterschiedes zwischen Serum und Harn in der Niere stattfindet und die Bowman'sche Membran, Kapillaren und Epithel der Tubuli unsere früher erwähnte „interponierte Scheidewand" darstellen. Diese Annahme rührt von Dreser her, dem wohl die Priorität in der Verwertung des physikalischen Gedankens zu funktionell-diagnostischen Zwecken nach dieser Richtung zugesprochen werden muß. Die grundlegenden mathematischen Formeln desselben hier anzuführen, würde über den Rahmen dieser Zeilen hinausgehen und sei hiemit auf das Original verwiesen.

Was zunächst die Technik der kryoskopischen Untersuchung anlangt, so geschieht die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung jetzt wohl allgemein mittels des Beckmann'schen Apparats. Derselbe besteht im wesentlichen aus einem Thermometer, dessen Einteilung nach Hundertstelgraden angeordnet ist. Dieses Thermometer wird in ein Glasgefäß mit perforiertem Stöpsel versenkt, in welchem sich die zu untersuchende Flüssigkeit (zirka 15—20 g) und ein ebenfalls durch den Stöpsel geführter Platindraht befinden, welch letzterer zur steten Bewegung der Flüssigkeit verwendet wird. Das ganze System ist in einem größeren Glaszylinder untergebracht, der mit einer Kältemischung (Eis und Cl Na) von — 4° C. gefüllt ist. Unter kontinuierlichem Umrühren wird nun die zu untersuchende Flüssigkeit unterkühlt und das Thermometer beobachtet. Zunächst sinkt die Quecksilbersäule unter den Gefrierpunkt, erhebt sich aber dann infolge der bei der Eisbildung frei werdenden Wärme auf den gesuchten Gefrierpunkt. In dieser

Digitized by Google

Weise bestimmt man zuvörderst den Gefrierpunkt des destillierten Wassers, auch bei Thermometern mit fixem Nullpunkt, da derselbe veränderlich ist. Hierauf bestimmt man in analoger Weise die Depression beim Gefrieren der untersuchten Lösung, so daß die Differenz zwischen den beiden gefundenen Quecksilberständen die gesuchte Gefrierpunktserniedrigung ergibt. Die Fehlergrenze bei genauer Beobachtung aller hier nicht weiter zu erörternder Maßregeln beträgt weniger als 0·01° C. In neuerer Zeit wurde von Zickel ein „Pektoskop" angegeben, welches sich durch einige Verbesserungen von dem Beckmann'schen Apparate unterscheidet (Rührer mit Uhrwerk, handliche Zusammensetzung), außerdem von Raoult der Ersatz der Na Cl-Eismischung durch Aether, endlich in jüngster Zeit die schneeförmige Kohlensäure als Kältespender von Schlagintweit empfohlen. Erfahrungen über diese technischen Novitäten sind noch ausständig.

Der erste, welcher die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung von Lösungen zu klinischen Zwecken anwandte, war von Korányi, welcher vor ungefähr 10 Jahren die diagnostische Bedeutung des osmotischen Druckes der verschiedenen tierischen Flüssigkeiten zum Gegenstand eingehender physikalischer, physiologischer und klinischer Studien machte. Seither sind zahlreiche Nachuntersuchungen, kasuistische Mitteilungen und theoretische Erwägungen auf diesem Gebiete publiziert worden, welche sich auf Basis der v. Korányi'schen Resultate experimentell und klinisch eingehend mit der praktischen Seite der Frage beschäftigen. In erster Linie haben v. Korányi und seine Schüler an der Methode weitergebaut und durch modifizierte Untersuchungen von verschiedenen Gesichtspunkten aus schöne Resultate erzielt, die wir weiter unten berücksichtigen wollen.

Trotz der Verschiedenheit und der Veränderlichkeit der Bedingungen, „unter welchen sich die Regulation des Sauerstoffstromes zu den Zellen und des Kohlensäurestromes von den Zellen" vollzieht, trotz der Mannigfaltigkeit der jeweiligen Druckgefälle, der Bewegungen der gelösten Stoffe und Flüssigkeiten, findet man dennoch bei höher organisierten Tieren einen konstanten, für den Organismus charakteristischen osmotischen Druck (Pflüger, v. Korányi). In der Tat findet man bei den höheren Tiergattungen (Schaf, Rind, Schwein, Pferd) nach Hamburger annähernd gleiche osmotische Druckwerte, ausgedrückt durch die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes, welche bei diesen Tieren zwischen 0·55 und 0·57 als unterste, zwischen 0·61 und 0·67 als oberste Werte schwanken. Die konstantesten Werte fand v. Korányi bei gesunden Menschen, das heißt bei solchen mit normal funktionierenden Nieren. Hier zeigt sich als Ausdruck der vollkommenen Suffizienz und Leistungsfähigkeit des Organs eine Konstanz der osmotischen Konzentration des Blutes, manifest durch den Nachweis der Blutgefrierpunktserniedrigung (mit δ bezeichnet), der von v. Korányi mit — 0·55 bis — 0·57° unter der Gefrierpunktserniedrigung des destillierten Wassers angenommen wird. Andere Autoren (H. Strauß, Waldvogel, Engelmann etc.) nehmen weitere Grenzen, zwischen — 0·54 bis — 0·58°. 1° Gefrierpunktserniedrigung entspricht dem osmotischen Drucke von 12·05 Atmosphären bei 0°, also beträgt der osmotische Druck des Blutes gesunder Menschen bei einer Körpertemperatur von 37° 7·55 bis 7·97, im Mittel 7·7 Atmosphären. Daß nun der osmotische Druck tatsächlich durch die Nieren reguliert wird, ist dadurch erhärtet, daß dieselben bekanntlich die Abfuhr der für den Haushalt des Organismus überflüssigen, ergo schädlichen Moleküle zu besorgen haben. Normalerweise findet man also das Blutserum von konstanter molekülärer Konzentration. Diese Beobachtung v. Korányis wurde von sämtlichen Nachuntersuchern bestätigt und die hohe diagnostische Bedeutung derselben, speziell für Nierenerkrankungen, allseits gewürdigt. Doch ist dieselbe nur mit einigen Einschränkungen, die der Autor meistens selbst angegeben, hinzunehmen, um Fehlschlüssen aus dem Wege zu gehen. Zunächst kann eine Steigerung von δ vor-

Digitized by Google

kommen, ohne daß seitens der Nierentätigkeit Störungen bestünden, indem eine Insuffizienz in der Atmungstätigkeit besteht (zyanotische Steigerung nach Kovács). Werden nämlich dem Blute experimentell in vitro größere Mengen von Kohlensäure zugeführt, dann kann δ bis über 0·80° steigen, wird hyperosmotisch; analoge Verhältnisse findet man bei der Zyanose, der Uebersättigung des Blutes mit Kohlensäure, bei insuffizienter Atmung. Die daraus proveniente Fehlerquelle läßt sich jedoch ausschalten, wenn man durch Sauerstoffdurchströmung in vitro den Kohlensäureüberschuß kompensiert.

Weiters kann eine Erniedrigung von δ (das Blut wird hyposmotisch) platzgreifen bei hochgradigen Anämien und Kachexien; ferner findet sich bei Azetonämie eine Erhöhung von δ, die durch Sauerstoffbehandlung noch zunimmt, im Gegensatz zur Kohlensäurezyanose, bei welcher δ durch diese Prozedur abnimmt. Des weiteren muß man eine reflektorische Niereninsuffizienz, beispielsweise bei einseitigem Nierenschmerz (Koliken), sowie eine mechanische, wie sie durch große Abdominalgeschwülste verursacht sein kann, (v. Korányi fand in einem Fall einer mannskopfgroßen Pyonephrose vor der Operation δ = 0·68°, nach derselben 0·57°), ausschließen können. Dagegen findet nur eine geringe Beeinflussung der Osmoregulation durch die Hautrespiration, durch die Verdauung und Resorption statt, wie durch kryoskopische Untersuchungen des Schweißes, des Mageninhaltes, des Darminhaltes etc. nachgewiesen werden konnte. Von der Nahrungszufuhr ist die Blutgefrierpunktserniedrigung allerdings abhängig, und zwar in dem Sinne, daß wohl bei gesunden Tieren keine Beeinflussung des osmotischen Druckes des Blutes durch eine Aenderung der Kost, ja sogar durch Hungernlassen herbeigeführt werden kann, sobald aber Niereninsuffizienz besteht, die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes hochgradig von der Kost abhängig ist, und zwar in erster Linie davon, wie viel Kohlehydrate dem Organismus zur Verfügung stehen. Die betreffenden, an beiderseits nephrektomierten Kaninchen vorgenommenen Experimente v. Korányis ergaben, daß die Veränderung des Blutes am geringsten ist bei gewöhnlich ernährten Tieren, um dann bei reiner Kohlehydrat-, bezw. Somatoseernährung, bezw. Hungernlassen, bezw. ausschließlicher Fettdiät immer höher zu werden. Der Schluß, daß man den Grad der Niereninsuffizienz aus der Größe von δ nur dann vergleichsweise beurteilen könne, wenn beide Fälle gleiche Nahrung erhalten, erscheint demnach sehr plausibel.

In zweifelhaften Fällen muß man δ daher folgerichtig bei eiweißreicher Kost bestimmen, um auch geringere Grade der Niereninsuffizienz feststellen zu können. Zum Beweis für die Richtigkeit dieser Tatsachen dienen die Experimente, welche v. Korányi an nephrektomierten Kaninchen, denen er vor der Operation Curare injizierte, vornahm. Es zeigte sich, daß die Gefrierpunktssenkung umso langsamer zunimmt und die Tiere umso länger leben, je mehr Curare appliziert worden ist. Abgesehen von der hier therapeutisch aufzufassenden diuretischen Wirkung dieses Giftes, ist es wohl zunächst die durch dasselbe künstlich herbeigeführte Herabsetzung des Eiweißstoffwechsels, welcher dieses Phänomen zuzuschreiben ist (Verhütung des Aszites durch die Diurese und der Urämie durch die Eiweißsparung).

Findet man nun bei Einhaltung all dieser Bedingungen δ größer als — 0·58° C., dann besteht eine ungenügende Arbeit der Nieren. Diese Meinung wird auch von allen jenen, die sich mit der Verwertung des Blutgefrierpunktes zu nierendiagnostischen Zwecken befassen, so insbesondere von Kümmel, Rumpel, Casper und Richter, Strauß, Lindemann, Strubell u. a., geteilt. Die abweichenden Einzelbeobachtungen von Wiebrecht und Thumin führt von Korányi auf Unterlassungssünden in der Ausschaltung von Fehlerquellen zurück.

Das Blutserum stellt sich also als eine Lösung organischer und anorganischer Stoffe dar, deren Gesamtkonzentration unter physiologischen Verhältnissen kaum

Digitized by Google

nennenswerten Schwankungen unterworfen ist. Wendet man die Gesetze der physikalischen Chemie hier sinngemäß an, so findet man folgendes: Während die großen Moleküle im Gegensatz zu den kleinen einen bedeutenden Einfluß auf das spezifische Gewicht ihrer Lösungen ausüben, steigern letztere durch ihre Zahl die Gefrierpunktserniedrigung. Das spezifische Gewicht des Blutserums ist daher an seinen Eiweißgehalt, die Gefrierpunktsdepression an die anorganischen Salze gebunden. Kövesi und Suranyi untersuchten nun zum Zwecke des weiteren Ausbaues der funktionellen Nierendiagnostik das menschliche Blutserum und den Harn in molekulär-analytischer Hinsicht dadurch, daß sie unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen δ und spezifisches Gewicht des Blutserums bestimmten. Die Ergebnisse bezüglich δ stimmen in der Norm mit den Korányischen Angaben überein (in 7 Fällen 0·56°, in 9 Fällen 0·57°), wobei sämtliche früher erwähnten Fehlerquellen systematisch ausgeschaltet wurden; das spezifische Gewicht schwankt zwischen 1026 und 1031. Der Quotient $\frac{\delta}{\text{spez. Gew.}}$ zeigt sich demnach mit 0·54 bis 0·55 als ein konstanter Wert. Da das spezifische Gewicht, wie eben angeführt, von den anorganischen Salzen bestimmt wird, muß hiebei in erster Reihe der Na Cl-Gehalt berücksichtigt werden gemäß der überwiegenden Bedeutung der Na Cl-Moleküle im Blutserum. Der Na Cl-Gehalt des Blutserums ist jedoch nach den Angaben verschiedener Forscher nicht einmal „relativ konstant"; Kövesi und Suranyi fanden denselben in 16 normalen Fällen zwischen 0·57% bis 0·63% schwankend, die Verhältniszahl $\frac{\delta}{\text{Na Cl}}$ daher 0·92 bis 0·96. Die Zahl 0·96 wird unter physiologischen Verhältnissen niemals überschritten, muß sich hingegen bei Nierenkranken durch den geänderten Wert des Zählers (δ) unbedingt verschieben, wenn nicht der Nenner (Na Cl) auch eine Aenderung im gleichen mathematischen Sinne erleidet. Ins Physikalische übersetzt: bei Niereninsuffizienz wird $\frac{\delta}{\text{Na Cl}}$ durch die Permeabilität der Nieren für Chloride und Achloride geändert (je nach dem Werte für Na Cl). Jeder einzelne Komponent der Nierentätigkeit kann $\frac{\delta}{\text{spez. Gew.}}$ und $\frac{\delta}{\text{Na Cl}}$ verschieden gestalten. Die Zunahme beider Zahlen bedeutet Retention von Wasser = Na Cl- und N-haltigen Molekülen. Erhöhung von $\frac{\delta}{\text{spez. Gew.}}$ und Verringerung von $\frac{\delta}{\text{Na Cl}}$ weist auf Wasser- und Kochsalzanhäufung im Serum, Erhöhung von $\frac{\delta}{\text{spez. Gew.}}$ bei normalen $\frac{\delta}{\text{Na Cl}}$ auf Impermeabilität für stickstoffhaltige Moleküle. Sehr interessant sind ferner die Beobachtungen derselben Autoren bei urämischen Zuständen. Hier kann $\frac{\delta}{\text{Na Cl}}$ bis auf 1·48, $\frac{\delta}{\text{spez. Gew.}}$ bis auf 0·75 anwachsen, um nach Ablauf der urämischen Symtpome, nach Kochsalzinfusion und reichlicher Diurese wieder vermindert zu werden. Diese schönen, geistreichen Untersuchungen verdienen entschieden einen Platz in der Methodik unserer Forschung, da diese Kombination von Kryoskopie und Bestimmung des spezifischen Gewichtes wie des Kochsalzgehaltes Durchschnitts- und Vergleichswerte ergibt, die nur geeignet sind, genauere und detailliertere Angaben über die Retention gewisser Moleküle und deren Natur zu machen. Der Schlußfolgerung der genannten Untersucher, daß hiedurch die Diagnose der Niereninsuffizienz verschärft werde, muß demnach wohl beigestimmt werden.

Sobald die Nierenfunktion im Verhältnis zum Stoffwechsel unzureichend wird, vermehren die aufgespeicherten Zersetzungsstoffe die molekuläre Konzentration des Blutes und dementsprechend wird die Gefrierpunktserniedrigung mehr als — 0·56° betragen. Bei Erkrankung der einen Niere und genügender vikariierender Funktion der anderen tritt keine Steigerung von δ ein, weshalb wir aus der durch die Blutuntersuchung diagnostizierten Niereninsuffizienz auf Funktions-

Digitized by Google

störung in beiden Nieren schließen können (v. Korányi). Auch dieser Satz bedarf einer entsprechenden Einschränkung, indem, erwiesen durch mehrfache zweifellose Beobachtungen, auch bei einer unilateralen anatomischen Nierenaffektion Insuffizienz der Nierentätigkeit obwalten kann (postoperative Urämie durch reflektorische Ischämie Israels). Anderseits kann aus einer stärkeren Erniedrigung des Blutgefrierpunktes nicht entschieden werden, ob dieselbe durch anatomische Erkrankung oder vorübergehende Funktionsstörung verursacht wird, so daß wir in diesem Falle aus der Kryoskopie des Blutes allein nicht den gewünschten Indikator erhalten.

Nun setzt sich jedoch die Nierentätigkeit aus mehreren Komponenten zusammen. Es ist nicht allein die Regulierung des molekulären und Wassergehaltes des Blutes durch die sezernierenden Funktionen des Glomerulus und die resorbierenden der Tubuli contorti (wasserresorbierende Tätigkeit nach Pauli), sondern auch die Selektionsarbeit, d. h. die reinliche Scheidung zwischen nützlichen und schädlichen Elementen, von denen die ersteren dem Blut erhalten, die letzteren eliminiert werden sollen.

Eine Herabsetzung der Nierentätigkeit drückt sich daher zunächst sowohl durch die Retention von solchen Stoffen, als auch durch Störungen in der Wassersekretion aus, manifest durch die gestörte osmoregulatorische Tätigkeit der Nieren, auf welche wir durch die Aenderung der Blutgefrierpunktserniedrigung rückschließen können. Ad maximum steigt die molekuläre Konzentration des Blutserums naturgemäß bei vollständig ausgeschalteter Nierentätigkeit, z. B. durch doppelseitige Nierenexstirpation. Wird die „Sekretionsschwelle" der Nieren für gelöste Moleküle höher gestellt, dann muß sich, wie aus den Untersuchungen von Kövesi und Roth-Schulz hervorgeht, das osmotische Gleichgewicht auf einen höheren Druck einstellen und auf diesen regulieren. Dies hat aber, wie aus den eingehenden Stoffwechseluntersuchungen der letztgenannten Autoren an Nierenkranken erhellt, nur dann statt, wenn die sezernierende Drüsenfläche im Verhältnis zur Zahl der zu entleerenden Moleküle zu klein wird. Dann besteht eben sowohl gestörte Retention als auch Sekretionsinsuffizienz, die osmotische Tätigkeit der Nieren wird mangelhaft, der osmotische Druck, d. h. die Blutgefrierpunktsdepression steigt. Die Erfahrung lehrt, daß mehr als die Hälfte des gesamten Nierenparenchyms außer Funktion gesetzt sein muß, soll dieser Zustand auftreten.[1]) Wieder mit Einschränkungen: Die Blutgefrierpunktserniedrigung bleibt normal, wenn bei Nephrektomierten die andere Niere gesund ist, daher die große prognostische Bedeutung der Methode, allein auch bei kranker zweiter Niere ist ein Rest funktionstüchtigen Parenchyms ausreichend, um die Osmoregulation zu besorgen. Hieher gehört z. B. der Fall Stockmanns: Es handelte sich um einen 48jährigen Patienten, der vor $1^1/_2$ Jahren nach einem Unfall vermehrten Harndrang mit Blutabgang, dem sich später Eiter hinzugesellte, bemerkte. Bei Berührung der Gegend der rechten Niere wie der Harnblase, sowie bei Bewegungen steigerten sich die Schmerzen, ließen aber in der Ruhelage etwas nach. Ein Abgang von Steinchen oder Gries ist niemals bemerkt worden. Befund: Patient abgemagert, krumm gebückt. Urin dickeitrig, mit Blut vermengt. Menge zirka 10 cm^3. Esbach bei dreifacher Filtration nach 24 Stunden = 5 pr. mille. In der Folge Aufstoßen, Erbrechen, die Schmerzen in der rechten Nierengegend kaum durch Morphium niederzukämpfen. Das Ergebnis der Kryoskopie lautete = δ — 0·556. Trotz des normalen Blutgefrierpunktes konnte sich Stockmann dennoch zur Nephrotomie, respektive Nephrektomie, nicht entschließen. Da aber einerseits die Harnbeschwerden stündlich zunahmen, ein Ka-

[1]) So fanden Richter und Roth, daß die molekuläre Retention den anatomischen Veränderungen eher parallel gehe als die Albuminurie. Sie fanden bei experimentell erzeugter Kantharidinnephritis, daß der pathogenetische Faktor (die Giftdosis) sowohl der anatomischen Läsion, als auch der Größe der molekulären Retention proportional sei.

Digitized by Google

theter à demeure anderseits nicht vertragen wurde, entschloß sich Stockmann zur Sectio alta, einerseits um eine Fistel behufs Erleichterung der Beschwerden anzulegen und die Blase auf Steine oder tuberkulöse Geschwüre untersuchen zu können, anderseits zum Zweck eines späteren retrograden Harnleiterkatheterismus (die Kystoskopie konnte wegen der geringen Kapazität der Blase nicht ausgeführt werden). Die Blase war äußerst klein, sehr geschrumpft, angefüllt mit massigen Wucherungen. Keine Steine. Es wird das Kurettement angeschlossen. Tamponade. Wenige Tage später Exitus letalis. Die Sektion ergab: links hochgradig tuberkulöse, sehr vergrößerte Niere; gesunde Substanz eigentlich nur im unteren Pol und teilweise in der Rinde. Der untere Pol ragt etwas über die Wirbelsäule nach rechts hinüber. Sehr verdickter, mit Geschwüren besetzter Harnleiter. Keine rechte Niere, kein rechter Harnleiter.

Dieser Fall, sowie andere ähnliche,[2]) beweisen eben nur, daß aus dem Befunde von normaler Blutgefrierpunktsdepression allein nur auf regulierte Osmose geschlossen werden kann, nicht aber darauf, daß die eine Niere gesund ist, wenn die andere klinisch als erkrankt anzusprechen ist. Hier stehen uns glücklicherweise noch andere Hilfsmittel zu Gebote. Ist δ dagegen abnorm groß, dann kann man bei bestehendem Nierenleiden auf gestörte Funktion beider Nieren rückschließen, eine bedeutsame Warnung vor operativen Eingriffen, speziell vor der Nephrektomie. Darin liegt auch der Schwerpunkt der Methode als eines diagnostischen und prognostischen Hilfsmittels.

Die Bestimmung des Blutgefrierpunktes, d. h. der molekulären Konzentration des Blutserums, stellt also eine Methode dar, welche die Gesamtmoleküle, die durch den Stoffwechsel zurückgehalten werden, bestimmt, und findet ihre praktisch-technische Stütze hauptsächlich in der normaliter kaum veränderlichen Konstanz der Konzentration, also in ihrer prägnanten Empfindlichkeit. Daß man aus dem Grade der Erhöhung von δ in pathologischen Fällen außerdem noch auf die Intensität des Prozesses schließen kann, verleiht der Methode nur noch erhöhte Bedeutung; daß sie in einzelnen Fällen, die praktisch wohl in Betracht zu ziehen sind, versagt, z. B. bei Aszites, bei Anämien und Kachexien, insbesondere aber bei großen Abdominaltumoren, die auch von der Niere ausgehen können oder nicht selten in der Begleitung schwerer Nierenprozesse anzutreffen sind, tut ihrer Verwendbarkeit dennoch keinen Abbruch, da wir ja nicht darauf angewiesen sind, die 0·56° dogmatisch aufzufassen, in dem Sinne eines fixen „Gesundheitspunktes", sondern in jedem Fall in Berücksichtigung der klinischen Details wie der anderen Methoden streng individualisieren können. In der Hand geübter Meister wird jede Methode zur Vollendung ausgebildet. Diejenigen Chirurgen, die sich die Korányi'schen Resultate dienstbar gemacht, können heute die Blutgefrierpunktsbestimmung vor einer Nierenoperation nicht mehr missen; und wenn wir auch nicht auf dem Standpunkte Kümmels stehen, der frohlockend ausrief, es sei nunmehr das peinliche Gefühl der Unsicherheit, einen nephrektomierten Patienten an Niereninsuffizienz zu verlieren, verscheucht, so müssen wir doch an der Hand der besseren Resultate dieses Autors, an der Hand der v. Korányischen Fälle selbst, wie vieler anderer Autoren, den Fortschritt lebhaft begrüßen, der durch die Würdigung der Blutgefriermethode erreicht wurde, insbesondere wenn letztere in zweckentsprechender Weise mit anderen diagnostischen Verfahren kombiniert wird.

[2]) Auch Barth exstirpierte trotz δ = 0·62 eine Niere. Die andere war gesund, die Operation erfolgreich. Ueber trotz δ = 0·60 ausgeführte Nephrektomien mit 1½jährigem Dauerfolge berichtet Israel etc.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Die Diät bei der Nephritis. Von H. Köster, Gothenburg.

Die Regelung der Diät bei der chronischen Nephritis ist für die Behandlung dieser Krankheit, auf welche man mit medikamentösen Mitteln nur wenig einwirken kann, von der allergrößten Wichtigkeit. Aber eben diese Frage der Diät, ob eiweißreich oder eiweißarm, ob Fleisch oder kein Fleisch, ob rotes oder weißes Fleisch ratsamer ist, wird von den verschiedenen Autoren verschieden beantwortet. Trotzdem von hervorragender Seite bei gewissen Formen der Nephritis eine mehr gemischte Kost empfohlen worden ist, hat dieselbe noch nicht allgemeine Anerkennung gefunden und namentlich die Anwendung der ausschließlichen Milchdiät wird noch von vielen Aerzten bei allen Formen der Nephritis schematisch angewendet. Vf., welcher seit einigen Jahren durch den subjektiven Eindruck der Unschädlichkeit der gemischten Kost geleitet, dieselbe seit einigen Jahren angewendet hat, entschloß sich, durch exakte Serienuntersuchungen an Patienten auch die Ungefährlichkeit derselben nachzuweisen. Die Versuche begannen im Herbst 1901 und wurden nur bei Fällen chronischer Nephritis (etwas über 30 Personen) durchgeführt, da für eine Aenderung der Milchdiät bei akuter Nephritis keine Veranlassung vorliegt. Die Versuchsanwendung war folgende: Die Patienten erhielten durch bestimmte Zeitabschnitte, gewöhnlich sieben Tage, die im Krankenhaus gebräuchlichen Kostportionen:

1. Milch in genügender Menge und Sagosuppe oder Haferschleim;

2. Milch, Weißbrot, Roggenmehlgrütze, Sagosuppe, Haferschleim, 40 g Eiweiß enthaltend; außerdem gewöhnlich extra Milch;

3. Frühstück: Milch, Weizenbrot, Zwieback, ein Ei. Mittags: 125—150 g weißes Fleisch (Kalb oder Fisch), Weizenbrot und Sagosuppe oder Haferschleim. Abends: Grütze und Milch. Die Portion enthält im Durchschnitt 80 g Eiweiß;

4. Frühstück: Milch, Roggenbrot, Butter, Haferschleim. Mittags: Suppen verschiedener Art, Bouillon, Fleisch, sowohl weißes als dunkles, 175 g oder Fisch 250 g, Roggenbrot. Abends: Grütze mit Milch. Die Portion enthält durchschnittlich 144 g Eiweiß.

Während die verschiedenen Kostrationen gegeben wurden, wurde die Beschaffenheit des Harnes, namentlich zum Schluß einer Periode, genau untersucht und kontrolliert. Viermal täglich mußten die Patienten Harn lassen, wobei dieselben angehalten wurden, mit dem Stuhl keinen Harn abgehen zu lassen. Es wurde der Gesamtgehalt an Eiweiß, sowie die perzentuelle Quantität jeder einzelnen Portion gemessen, das Sediment genau durchsucht und die erhaltenen Resultate in Kurven gezeichnet, deren Durchsicht im Original der Arbeit empfohlen werden kann.

Auf Grund der genau geführten Journale und der Ergebnisse der Untersuchungen hat der Vf. folgendes Verfahren bei der Regelung der Diät der Nephritiker als gefahrlos und dem Patienten zuträglich gefunden: In akutem Stadium wird strenge Milchdiät verordnet, in den mehr chronischen Milch-Vegetabiliendiät bei Ueberwiegung der Milchnahrung. Wird die Eiweißabscheidung konstant und hält sich das Sediment unverändert, wird zur Fleischnahrung übergegangen; anfangs wird weißes Fleisch gegeben und wenn dasselbe keinen Einfluß zeigt und dem Patienten gut bekommt, wird es durch dunkles ersetzt unter steter Kontrolle des Sediments, der Eiweißabscheidung etc.

Die Resultate seiner Studien faßt der Vf. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Bei akuter Nephritis ist strenge Milchdiät angezeigt und eine Aenderung

Digitized by Google

derselben darf erst nach Aufhören des akuten Reizzustands eintreten;

2. dasselbe gilt in Betreff der akutisierenden chronischen Nephritis und der drohenden Urämie;

3. die Behandlung einer chronischen Nephritis beginnt am besten mit strenger Milch- oder Milch-Vegetabiliendiät, wenn aber die Eiweißausscheidung und das Sediment während dieser einige Zeit konstant gewesen sind, kann man ohne Gefahr dem Patienten mehr gemischte Kost, auch Fleisch aller Art, verabreichen;

4. dies gilt für alle Formen chronischer Nephritis, die Amyloidentartung ausgenommen, bei welcher größere Vorsicht geboten ist;

5. Oedeme und Aszites sind keine Kontraindikationen gegen gemischte Kost, wenn die Patienten dieselbe verlangen, doch ist bei Gebrauch derselben eine gewisse Vorsicht und stete Kontrolle des Harnsediments erforderlich;

6. ebenso ist Vorsicht geboten bei der Gegenwart bedeutenderer Mengen roter Blutkörperchen;

7. es bleibt sich ganz gleich, ob schwarzes oder weißes Fleisch gegeben wird;

8. es ist oft vorteilhaft, nach einer Periode fortgesetzter Fleischdiät eine kurze Zeit strenge Milchdiät anzuordnen, da während derselben ein Rückgang des Eiweißgehaltes eintreten kann, der später bestehen bleibt;

9. die Eiweißausscheidung wird nur wenig durch den Eiweißgehalt der Nahrung beeinflußt; meistens ist der Morgenharn am eiweißärmsten, der Frühstückharn am eiweißreichsten. Es gibt aber Fälle, in denen die Eiweißausscheidung individuellen Grenzen unterworfen zu sein scheint, indem in derselben, abweichend von dem eben erwähnten gewöhnlichen Verhalten, die Eiweißausscheidung konstant in Harnportionen, welche zu anderen Tageszeiten gelassen werden, unabhängig von der verabreichten Nahrung, die größten, bezw. geringsten Werte zeigt. — (Nord. med. Ark., Abt. II, H. 4, 1903.)

Klemperer, Karlsbad.

Zur lokalen Behandlung von Erkrankungen der unteren Darmabschnitte. Von Dr. Max Pickardt, Berlin.

Zur Behandlung von Affektionen der unteren Intestinalabschnitte hat Vf. einen Apparat konstruiert, der es ermöglichen soll, große Mengen schwach konzentrierter Lösungen von an und für sich stark wirkenden Agentien (z. B. Argentum nitricum, Tannin etc.) längere Zeit in Kontakt mit den erkrankten Partien zu bringen.

Das Instrument *) besteht aus einer der Kurvatur des Rektums entsprechend gekrümmten metallischen Röhre von etwa 17 mm Weite und 14 cm Länge mit einem ringförmigen Griff. Es hat einen Zu- und Ablauf; der erstere setzt sich als schmale Röhre durch den Hohlraum bis zum Ende des Apparats fort, der in der Mitte der Krümmung mit einer Anzahl feiner Löcher — auf einen Raum von 5 cm ringsherum verteilt — versehen ist; das Ganze ist vernickelt. Die Handhabung ist außerordentlich einfach. Die Einführung geschieht — nach Einfettung — am besten bei erhöhtem Oberkörper. Der Zulauf ist durch Gummischläuche mit einem möglichst hoch — zwei Meter — hängenden Irrigator verbunden, der Ablauf ebenfalls mit einem Schlauch armiert, welcher in einen Eimer hineinhängt. Ist der Druck der Spülflüssigkeit hoch genug, so kann etwa $^1/_4$—$^1/_2$ Minute nach Beginn der Prozedur Plätschern im Colon ascendens hervorgerufen werden, wodurch bewiesen ist, daß der gesamte Dickdarm bespült wird.

Die Flüssigkeit fließt ab, indem sie durch die Löcher in die Höhlung des Apparats und von da in den absteigenden Schenkel gelangt. Durch ständiges Nachfüllen in den Irrigator kann die Durchspülung beliebig lange fortgesetzt werden.

Vf. hat den Apparat angewandt zur Behandlung der Proktitis, der Entzündung der verschiedenen Kolonabschnitte, der Sigmoiditis und vor allem der Enteritis membranacea. Als Spülflüssigkeit benützte er $^1/_2$—1%ige Albarginlösungen oder

*) Zu beziehen bei Windler, Berlin N., Friedrichstraße 133 a. Preis 10·50 Mark.

Digitized by Google

warmes Wasser etc. mit etwas Kochsalzzusatz. — (Die Ther. d. Gegenw., H. 5, 1904.) Laub.

Ueber die Verwendung des Scopolaminum hydrobromicum in der ärztlichen Praxis. Von Dr. K. Liepelt. (Aus der inneren Abteilung des Krankenhauses Bethanien zu Berlin, dirig. Arzt Prof. Dr. Zinn.)

Dem Vf. hat sich das Scopolaminum hydrobromicum bei der Behandlung des Delirium tremens, bei Fieberdelirien, z. B. im Verlauf des Unterleibstyphus, der Pneumonie und bei starker motorischer Erregbarkeit aus anderen Ursachen sehr gut bewährt. Es erwies sich, richtig angewandt, dem Chloralhydrat und Morphin gegenüber bedeutend überlegen. Es wirkte gewöhnlich sicher und hatte nie unangenehme Nebenwirkungen.

Vf. verwendet stets das Scopol. hydrobrom. in einer Lösung von 0·01 auf 10 Teile Wasser. Die Lösung muß stets frisch und klar sein und wird subkutan beigebracht. Die Einspritzung ist schmerzlos. Die Dosierung muß sich richten nach dem Grade der Erregung, nach dem Alter des Kranken und vor allem nach seinem Körpergewicht. Meist genügt 0·4—0·8 mg des Mittels zur Erzielung einer beruhigenden Wirkung. Dieselbe tritt meist alsbald ein und hält bei richtiger Dosis oft etwa 3—5 Stunden an. Das Mittel wurde stets gut vertragen, auch in der Maximaldosis von 0·001. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15, 1904.) Laub.

Neuere Beiträge zur Wirkungsweise des Perdynamins und Lecithin-Perdynamins. Von Dr. Josef Winterberg.

Das von Barkowski in Berlin erzeugte „Perdynamin" und insbesondere die Kombination dieses Präparats mit dem Lecithin, das als Lecithin-Perdynamin in den Handel gebracht wird, hat Vf. in einer größeren Versuchsreihe erprobt und in geeigneten Fällen sehr zufriedenstellende Resultate erhalten. Das reine Perdynamin bewährte sich ihm überall dort, wo Eisenpräparate gebraucht zu werden pflegen, also bei chlorotischen und anämischen Zuständen, bei Rekonvaleszenten und anderen Schwächezuständen, während das Lecithin-Perdynamin bei jenen Erkrankungen und Zuständen des menschlichen Organismus verordnet wurde, bei welchem derselbe einen Verlust an Phosphor und Eiweißstoffen zu beklagen hatte, um durch den im Lecithin enthaltenen Phosphor den Verlust zu ersetzen, mithin bei allen Kachexien infolge von Tuberkulose und Skrofulose, bei Karzinom und Syphilis, endlich bei Rekonvaleszenten nach schweren akuten Krankheiten, die zu bedeutender Konsumption des Körpers geführt hatten, und endlich bei stark herabgekommenen Neurasthenikern. — (Wien. med. Presse Nr. 19, 1904.) Laub.

Ueber die Behandlung der Phthisiker mit Sanosin. Von Dr. Waßmuth.

In der wissenschaftlichen Aerztegesellschaft in Innsbruck berichtet Vf. über die Behandlung der Phthisiker mit Sanosin. In Behandlung standen 8 Fälle. Eine Aufhellung der Dämpfung und Verminderung der Rasselgeräusche konnte nur in 3 Fällen, wovon 2 eine beginnende Spitzentuberkulose darstellten, beobachtet werden. Das Fieber wurde in 2 Fällen günstig beeinflußt, dagegen war fast in allen Fällen eine deutliche Abnahme der Sputummenge und eine Verminderung des Hustenreizes zu verzeichnen. Eine Verminderung des Nachtschweißes trat in 3 Fällen ein. Nach Ansicht des Vf. bedeutet die Sanosinbehandlung keinen wesentlichen Fortschritt in der Therapie der Lungentuberkulose, doch werden immerhin einige subjektive Beschwerden der Kranken, wie Husten, Schmerzen etc., günstig beeinflußt. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 17, 1904.) Laub.

Die moderne Behandlung des chronischen Morphinismus. Von Dr. A. Fromme.

Vor zirka drei Jahren wurde in Amerika zur Entziehung, respektive als Ersatz des Morphins ein Pflanzenextrakt mit überraschenden Erfolgen angewandt, das jetzt auch in Deutschland vielfach zur Anwendung gelangt. Der wirksame Bestandteil dieses Morphinersatzmittels ist das Alkaloid einer mexikanischen Pflanze, Argemone mexicana L., welches ähnliche

Digitized by Google

chemische Reaktionen zeigt wie das Morphium.

In ihrem Heimatlande verwendet man die Früchte, die ganze Pflanze und das flüssige Oel derselben in der mannigfaltigsten Weise als Heilmittel. Die Samenkapseln enthalten ein festes Oel, welches in vielen Gegenden als Purgativum anstatt Rizinusöl in Dosen von 10 bis 20 Tropfen verwendet wird. Das Extrakt aus den Stengeln, Blättern, Samen und der Wurzel der Pflanzen wird in Mexiko als Sedativum und Hypnotikum angewandt, gerade so wie bei uns Opium.

Wenn nun auch die chemischen Reaktionen dieses Mittels denen des Morphins ähnlich sind, so sind doch die physiologischen Wirkungen verschieden und teilweise entgegengesetzt. Während das Mittel die guten Eigenschaften des Morphins in seiner Wirkung auf den menschlichen Organismus besitzt, fehlen ihm anderseits die unangenehmen des Morphins. Die Wirkung ist eine länger dauernde und ganz allmählich wachsende. Das Aussehen des vorher blassen Morphinisten bessert sich sehr bald und seine Hautfarbe wird rosig und frisch aussehend. Diese Vermehrung der roten Blutkörperchen macht sich naturgemäß im ganzen Organismus des Kranken geltend.

Was die Ausführung der Kur selbst anbelangt, so wird sie vom Vf. so gehandhabt, daß Patient gleich mit dem Einnehmen der Tropfen beginnt und sofort seine Spritze und Morphin fortläßt. Vf. gibt gewöhnlich die Dosen viermal täglich, und zwar morgens 7 Uhr, mittags 1 Uhr vor dem Essen, nachmittags 6 Uhr vor dem Abendessen und abends 11 Uhr vor dem Schlafengehen. Die größte Dosis soll der Patient am Abend erhalten, und es ist auch dafür zu sorgen, daß während der ganzen Kur ausreichender Schlaf vorhanden sei. Gegen Schlaflosigkeit gibt Vf. Trional in Dosen von 1·5—2 g oder Veronal 1 g.

Zur Unterstützung der Kur empfiehlt Vf. protrahierte warme Bäder von zirka 15 Minuten bis $^1/_2$ Stunde, einmal um den Gesamtstoffwechsel anzuregen, und dann, um die durch die langjährigen Injektionen entstandenen Infiltrationen der Haut zu erweichen und zum Schwinden zu bringen.

Was nun die zu nehmenden Dosen des Entziehungsmittels anbelangt, so gibt Vf. bei einem Morphingebrauch von 1 g und darüber viermal täglich je 8—9 cm³, bei Dosen von 1—1$^1/_2$ g etwa viermal täglich 7—8 cm³, bei Dosen von $^1/_2$—$^1/_4$ g Morphin viermal täglich etwa 6—7 cm³ des Ersatzmittels. Nach zwei bis drei Tagen wird das Quantum reduziert, jedoch in der Weise, daß die Abenddosis ständig die größte bleibt, um den Patienten stets die Nacht so angenehm wie möglich zu machen. Innerhalb vier Wochen ist die Kur gewöhnlich beendet. Oft stellen sich am Schlusse der Kur, wenn absolut keinerlei Mittel mehr gegeben werden, einige Abstinenzerscheinungen von Seiten des Nervensystems ein, die durch medikamentöse und hydrotherapeutische Maßnahmen jedoch leicht beseitigt werden können. — (Wien. klin.-therap. Wochenschr. Nr. 18, 1904.) Laub.

Coma diabeticum und Alkalibehandlung. Von Dr. Lenné, Neuenahr.

Vf. berichtet über einen Fall, in welchem bei ausgebrochenem Coma diabeticum die Verabreichung großer Gaben von Alkali zwar keine dauernde Heilung brachte, aber doch dem Kranken eine Lebensverlängerung von mehreren Monaten eintrug.

28jähriger Patient, seit 2 Jahren diabeteskrank. Gleich nach seiner Ankunft in Neuenahr typisches Bild des ausgebrochenen Komas: tiefe, dyspnötische Atemzüge, 140 Pulse, ungleich, schnellend; Blick umflort, Gesamteindruck müde, schläfrig, ausgesprochener Obstgeruch; Sensorium frei. Verordnet wurden: absolute Ruhe, Wein und Kognak als Exzitans, reichliche Flüssigkeitszufuhr, insbesondere Neuenahrer Sprudel und ein Gemisch von 70 g Natr. bicarb. und 30 g Mag. carb. Bevor noch mit der Einnahme des Medikaments begonnen wurde, trübte sich das Sensorium, es wurde mehr oder weniger benommen. Nach Ankunft des Medikaments begann der Kranke jeder Flüssigkeit, die er zu sich nahm, von dem Alkaligemisch zuzusetzen, welches er bis zum

Digitized by Google

folgenden Morgen vollständig aufgebraucht hatte. Der Erfolg war überraschend: Sensorium frei, Atmung ruhig, Pulszahl anfangs 120, nach 2 Tagen 70. Nach kurzer Zeit trat wieder ein Anfall von Koma auf, welches abermals durch Zufuhr größerer Mengen Alkali beseitigt wurde.

Diesem günstig verlaufenden Falle fügt Vf. noch kurz die Krankengeschichten dreier Fälle mit, bei denen die Alkalibehandlung das Koma nicht beeinflussen konnte. — (Deutsche Aerzte-Ztg., H. 8, 1904.) Laub.

Unsere Erfahrungen mit „Dyspeptin" Hepp. Von Dr. F. Loeb.

Hepp und L. C. Mayer gaben Dyspeptin (ein französisches Präparat, welches nach beiden Autoren reiner Schweinemagensaft ist) bei einer Reihe von Verdauungsstörungen und berichteten über so günstige Resultate, daß Vf. im Auftrag Ewalds eine Nachprüfung vornahm, wobei er nicht ein einziges Mal freie Salzsäure oder eine Spur von eiweißverdauender Kraft (am Mette'schen Röhrchen) des Mittels finden konnte. Er hält auf Grund einer größeren praktischen Versuchsreihe das recht teure Mittel für wirkungslos. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 11, 1904.) Autorreferat.

Zur Behandlung des Magengeschwürs. Von Dr. Max Wagner, Assistent am Eppendorfer Krankenhaus in Hamburg. (Prof. Lenhartz.)

Lenhartz hat bei ulkusverdächtigen chlorotischen Mädchen seit längerem vom ersten Tag ab mit eiweißreicher und reichlicher Kost behandelt und fast stets schon nach wenigen Tagen rasche Abnahme, meist sogar völliges Schwinden der Magenbeschwerden beobachtet, ohne daß es irgendwelcher anderer Medikation als des Eisens zur Bekämpfung der Chlorose bedurfte. Allgemeinbefinden und Hämoglobingehalt des Blutes besserten sich rasch, so daß die Zeit des Krankenhausaufenthalts und der Erwerbsunfähigkeit eine wesentlich kürzere waren, als bei der früher geübten, lang anhaltenden Milchdiät. Es wurde dadurch auch eine allzu reichliche Flüssigkeitszufuhr beschränkt, was wegen der bei hochgradigen chlorotischen Schwächezuständen bisweilen bestehenden Oedeme wichtig ist. Diese Therapie brachte Wagner auf Grund solcher günstiger Erfahrungen auch bei evidenten Ulkusfällen zur Anwendung, um Anämie und Ulkusheilung zu beschleunigen. Er nimmt als erwiesen an, daß die hauptsächlichsten disponierenden Momente für die Entstehung des Magengeschwürs einerseits in der Hyperchlorhydrie und anderseits in der Chlorose und Anämie zu suchen seien (was wir in Betreff der ersteren nicht ohneweiters akzeptieren können, da nach Ewalds mehr als 1000 Ulkusfälle berücksichtigendem Referat auf dem Kongreß für innere Medizin 1902 eine Hyperchlorhydrie nur in 34·1% der Fälle zu konstatieren war und normale Azidität in 56·89%). Wagner bekämpft nach dem Vorgange Riegels besonders die Hyperchlorhydrie, welche er für die Hauptursache der verlangsamten Heilung des Ulkus hält; nach seiner Meinung werden die Ulkuskranken, in der alten Weise mit Hungerkur und Milchdiät behandelt, künstlich in einem Stadium der Inanition weiter gehalten, welche die Heilung des Geschwürs verzögert. Es waren besonders diese Erwägungen, die Lenhartz schon vor sieben Jahren bestimmten, der Frage näher zu treten, ob die Ulkuskranken sich bei einer anderen diätetischen Behandlung nicht wesentlich besser und rascher erholen. Nachdem schon die ersten Prüfungen ergeben hatten, daß die Kranken sich bei eiweißreicher Kost wesentlich besser befanden, sind von ihm alle Fälle und besonders gerade jene, die kurz zuvor eine Magenblutung hatten, von vornherein mit konzentrierter eiweißreicher Kost behandelt worden, indem das Hauptaugenmerk auf die Behandlung der Hyperchlorhydrie und der schweren Schwäche- und anämischen Zustände nach profusen Blutungen gerichtet wurde. Niemals wurden dabei Schädlichkeiten beobachtet. Die Kur in den 60 so behandelten Fällen war folgende: Strengste Ruhekur meist vier Wochen; Eisblase auf den Magen zur Schmerzlinderung, Begünstigung der Kon-

Digitized by Google

traktion und dadurch Verkleinerung der Geschwürsfläche; am Tage der Blutung 200—300 cm³ geeiste Milch löffelweise und 1—2—3 geschlagene, mit Wein gut gequirlte, eisgekühlte, frische Eier schluckweise in den ersten 24 Stunden. Außerdem zwei- bis dreimal täglich 2·0 Bismutum subn. in Aufschwemmung mit Wasser, besonders bei wiederholten Blutungen. Die Menge der Milch wird täglich um 100 cm³ gesteigert, so daß am Ende der ersten Woche 800 cm³ gegeben werden, ebenso täglich ein Ei mehr bis zu 6—8 Stück; mehr als 1 l Milch wird nicht gegeben. Etwa vom sechsten Tage nach der letzten Blutung ab werden 1—2 Tage lang 35 g fein geschabtes rohes Rindfleisch mit Ei verrührt in mehreren Portionen gegeben, dann 70 g und allmählich steigend. Nach zwei Wochen vertragen die Kranken gut durchgekochten Reis- oder Griesbrei und eingeweichten Zwieback neben der eingeführten Eiweißkost und nach drei bis vier Wochen bereits eine ausreichende gemischte Kost mit leicht gebratenem oder gut gekochtem Fleisch und strenger Vermeidung der Hülsenfrüchte. Auf diese Weise werden vom 13. Tage ab schon 3000 Kalorien einverleibt. Nebenbei noch wochenlang Wismut; etwa acht Tage nach der Blutung Eisen in Form der Blaud'schen Pillen, häufig zusammen mit Arsenik in Form der asiatischen Pillen.

Von den 60 so behandelten Fällen, deren Krankengeschichten im Original gegeben werden, ist nur einer letal verlaufen, bei dem die Sektion 3 Ulcera ventriculi und 1 Ulcus duodeni ergab, letzteres mit einem arrondierten großen Gefäß, aus dem die tötliche Blutung erfolgt war. Von den übrigen 59 Fällen bekamen 7 erneute Blutungen, davon aber nur 4 nach Einleitung der Behandlung nach Lenhartz, während vor Anwendung der L.'schen Kur von 25 mit strenger Leube-Kur behandelten Fällen blutiger Ulcera 6 von zum Teil dreimal sich wiederholenden Blutungen betroffen waren, also 12% : 24%. 35 Fälle waren ohne Druckschmerz, bei 2 bestand er noch nach 14 Tagen; davon bei einem dauernd. Die meisten Patienten konnten nach verhältnismäßig kurzer Zeit mit normalem Blutbefund und arbeitsfähig entlassen werden. Auch bezüglich des Dauererfolges sind die Resultate günstig.

Im Hinblick auf die gute Verträglichkeit der Eiweißkost, die rasche Heilung und die guten Erfolge an seinem großen Material, hält Wagner nicht nur an dieser Behandlungsmethode fest, sondern rät auch zu Gunsten einer frühzeitigen kräftigen Ernährung, von der bisher geübten, weniger zweckmäßigen strengen Milch- und Hungerkur abzustehen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2, 1904.)

F. L.

Organotherapeutische Versuche bei Pankreaserkrankung. Von Dr. K. Gläßner und Dr. J. Sigel. (Aus dem Augusta-Hospital in Berlin. Prof. C. A. Ewald).

Vf. geben im klinischen Teil ihrer Arbeit die Krankheitsgeschichte ihres Falles, der einen 52jährigen Mann betrifft, welcher vor 25 Jahren Ikterus und weißen Stuhl hatte, vor 19 Jahren Hydrokele. Seit zwei Jahren ohne bekannte Ursache Diarrhöe 5—9mal täglich. Nach wiederholtem erfolglosen Krankenhausaufenthalt Aufnahme im Augusta-Hospital. Ernährungszustand gut, kein Tumor, Nerven, Herz, Lunge, Blut ohne Besonderheiten. Stuhlgang: Es werden täglich zwei bis drei Stühle im Gesamtgewicht von 600—750 g entleert ohne Schmerzen. Farbe: hellgraugelb; Konsistenz: gleichmäßig breiig. An den Randpartien ist der Stuhl geronnen und stellt dort ziemlich reines Fett dar. Bei längerem Stehen in der Kälte überzieht sich der ganze Stuhl mit einer hellgelben glänzenden Fettschicht von 2—3 mm. Reaktion: sauer; Geruch: sehr übelriechend nach Fettsäuren, chemisch kein Blut, Urobilin +, Gallenfarbstoff —. Mikroskopisch: zahlreiche Fettropfen, Schollen, Fettsäurenadeln, große Mengen schlecht verdauter Muskelfasern. Urin: kein Albumen, alimentäre Glykosurie e saccharo, verlangsamte Salol- und Jodipinresorption; schwere Störung der Eiweiß- und Fettverdauung. Es wurden verschiedene Stoffwechselversuche gemacht. 1. Thyreoidinversuch mit ungünstigem Einfluß. 2. Pan-

Digitized by Google

kreon (Rhenania) mit geringem Einfluß auf Fettresorption. 3. Pankreatin (Rhenania) mit deutlicher Steigerung von Fett- und Eiweißresorption. 4. Natrium bicarbonicum mit leichter Besserung der Resorption von Fett und Eiweiß. 5. Pankreon, respektive Pankreatin + Natr. bicarb. mit evidenter günstiger Beeinflussung beider Resorptionen. Vf. weisen darauf hin, daß analoge Fälle in der Praxis nicht allzu selten sind, und glauben, daß mit Hilfe der Pankreaspräparate manch schöner Erfolg erzielbar sei. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17, 1904.)

F. L.

Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei Hirnaffektionen. Von Prof. H. Schlesinger. (Bericht über einen im Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien gehaltenen Vortrag.)

Die Indikation darf erst nach Ermittlung einer genauen Diagnose gestellt werden. Was die Epilepsie anlangt, so sind nur gewisse Formen operabel. Hieher gehört die Reflexepilepsie, bei welcher Sensationen und Muskelzuckungen von einem bestimmten Körperteile ausgehen, ausgelöst von einer krankhaften Veränderung in diesem, auch von einer Narbe aus, ferner die Rindenepilepsie oder allgemeine Epilepsie, nach Kopftrauma. Vor der Operation muß stets eine Bromkur versucht werden. Trotz gelungener Operation (z. B. Entfernung eines Knochensplitters) können die Anfälle weiterdauern.

Hirnabszesse gehen am häufigsten von chronischen Ohreiterungen aus, außer Hirndruckerscheinungen besteht mäßiges Fieber, das auch fehlen kann. Sie liegen im Schläfelappen oder im Kleinhirn; im ersten Falle besteht sensorische Aphasie und Hemianopsie, im zweiten Taumeln, Schwindel, frühzeitige Stauungspapille, Bulbärsymptome. Während die Krankheit spontan meist letal verläuft, werden durch die Operation 50% gerettet. Auch Hirnabszesse nach Kopftrauma geben gute Erfolge. Metastatische Hirnabszesse sind meist multipel und daher nicht operierbar.

Die Operation ist ferner indiziert bei Extraduralabszessen, Sinusphlebitis und -Thrombosen bei Otitis. Für die Diagnose sprechen pyämische und meningeale Erscheinungen, ferner lokale Symptome: Oedem und Klopfempfindlichkeit am Warzenfortsatz, Schwellung und Schmerzhaftigkeit längs der Vena jugularis.

Bei Hirntumoren besteht die Indikation zur Operation, wenn sie in den Zentralwindungen oder im Sprachzentrum sitzen, nicht metastitisch entstanden sind und eine antiluetische Therapie erfolglos war. Heilung wird nur in 3—4% der Fälle erzielt. Ist die radikale Entfernung unmöglich, so können die quälenden Drucksymptome durch Lüftung der Schädeldecke mittels Trepanation beseitigt werden. Die früher zu demselben Zwecke angewandete Spinalpunktion oder die Punktion der Seitenventrikel sind wegen ihrer Gefährlichkeit fast ganz verlassen. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 5, 1903.)

Dr. Rosenthal.

Zur operativen Behandlung der Hirnsyphilis. Von Dr. Bayerthal, Nervenarzt.

Gummöse Gehirnneubildungen sind häufig durch antiluetische Kuren nicht beeinflußbar. Es muß dann unter Umständen die Hirnlues operativ angegriffen werden. Die Indikationen hiefür sind: Fortbestehen oder rasche Steigerung der Gehirnsymptome, besonders heftige und häufige Anfälle von Jackson'scher Epilepsie. In dem Falle des Autors handelte es sich um einen Mann, der Lues vor sechs Jahren überstanden hatte und nun seit $1^1/_2$ Jahren an epileptischen Anfällen litt. Eingeleitet wurden diese von Drehung des Kopfes und der Augen nach links, dann folgten klonische Krämpfe bei den Stirn- und Augenschließmuskeln, tonische Krämpfe im linken unteren Fazialis und dem ganzen linken Arme. Erfolglosigkeit hoher Jodkalidosen. Wegen Steigerung der Anfälle bis auf 200 täglich, Trepanation, bei welcher die untere Hälfte des rechten Sulcus Rolandii freigelegt wurde. Der Tumor wurde nicht gefunden. Die nach einigen Tagen vorgenommene Obduktion ergab einen gummösen Herd am Pole des rechten Stirnhirnes. Vf. zitiert außerdem noch drei andere Fälle, aus denen sich ergibt, daß die Jackson'sche Epilepsie durchaus nicht für die Lues der Zentral-

Digitized by Google

windungen charakteristisch ist, sondern in derselben Form auch bei Herden des Stirnlappens vorkommen kann. Für letzteren spricht Seitwärtsdrehung des Kopfes und der Augen im Beginn des Anfalles und besonders das allmähliche, gesetzmäßige Fortschreiten auf das Fazialis-(Hypoglossus-)gebiet, die obere und untere Extremität und schließlich der Uebergang der Krämpfe auf die andere Seite. Um diesen differential-diagnostischen Schwierigkeiten zu entgehen, empfiehlt es sich, durch Bildung großer Wagner'scher Weichteilknochenlappen (Hemikraniotomie) motorische Region und Stirnhirn freizulegen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 1904.) Dr. Rosenthal.

Ueber Behandlung mit Antituberkulose-Serum. Von Dr. Marmorek.

In der allgemeinen Einleitung erwähnt Vf., daß durch die bisherigen Methoden nur 20—22% der Tuberkulösen geheilt werden. Zur Heilung ist ein hoher Grad von natürlicher Immunität notwendig. Wäre es möglich, die bakterizide Kraft des einzelnen Individuums zu messen, so wäre die Prognose leichter zu stellen. Das Tuberkulin ist nicht die primäre Ursache der Symptome, vielmehr, nach des Vf. Ansicht, ein Reagenz, welches die Bazillen zur Erzeugung eines anderen, bisher unbekannten Toxins anregt. Daher ist die Immunisierung mit Tuberkulin eine aktive, die Injektion desselben erhöht die Intoxikation, bewirkt Fiebersteigerung und Verschlimmerung des Prozesses; nur in Ausnahmsfällen hat es einen günstigen Effekt. Besser muß der Erfolg bei passiver Immunisierung sein. Man kann dann nicht nur solche Kranke heilen, die eine natürliche Immunität besitzen, sondern auch solche, denen sie fehlt, indem man ihnen das Antitoxin einverleibt. Gerade in den heute prognostisch am ungünstigsten stehenden Fällen, den akuten, muß diese Methode ihre besten Erfolge erzielen. M. begann seine Methode gerade an schwersten Fällen zu prüfen. Nur bei schweren Symptomen, bei ausgedehnter Affektion kann man, wenn Besserung eintritt, andere heilende Momente ausschließen und die Spezifizität des Serums beweisen. Je jünger der Prozeß ist, umso schneller kann die heilende Wirkung des Serums erwartet werden; je akuter jener ist, umso sicherer wird dieses wirken. Vf. berichtet über einen Fall von miliarer Tuberkulose beider Lungen, der nahezu geheilt wurde. Ein zweiter Fall (große Kavernen, Mischinfektion) zeigte wesentliche Besserung der Symptome, starb aber dann (Obduktionsbefund ist nicht erwähnt). Bei Meningitis sah Vf. bloß vorübergehende Besserung, hofft aber durch rechtzeitiges Eingreifen bei früh genug gemachter Diagnose auf besseren Erfolg. Die Frage, ob sein Serum Lungenschwindsucht durch spezifische Kraft heilen könne, bejaht Vf. rückhaltlos. Und zwar stützt er sich darauf, daß er in Fällen, die seit ein bis zwei Jahren an progredienter Lungentuberkulose litten, bei denen also erfahrungsgemäß die Krankheit in zirka drei Jahren zum Exitus führt, die Symptome zum Stillstand bringen, ja selbst heilen konnte, ohne andere Therapie (außer der hygienischen). Die frischen Prozesse heilen sehr schnell, die älteren erst nach langer Kur (Beispiel eines Falles, der 77 Injektionen bekam; alle Symptome schwanden). Sehr oft gelang es Vf., das Fieber herabzusetzen bei Patienten, bei denen es weder durch Anstalts- noch durch medikamentöse Behandlung möglich gewesen war. Nahezu ausnahmslos schwand Dyspnoe. Die Sputummenge nahm ab, im selben Maße die Zahl der Bazillen. Letztere finden sich jedoch meist auch nach abgeschlossener Kur vereinzelt vor, möglicherweise dann bloß als Saprophyten, wie man sie ja auch sonst in der Mundhöhle Gesunder findet. Hämoptoe sah Vf. nur in einem von allen behandelten Fällen. Selbst bei Patienten, die vorher sehr oft daran gelitten hatten, trat sie nach Behandlung mit dem Serum nicht mehr auf. Vf. beobachtete ferner Hebung des Appetits, Gewichtszunahme (ohne Ueberernährung), Abnahme des Hustens, Besserung des Schlafes. Vf. hebt nochmals hervor, daß er nur schwere Fälle behandelte; leichte sollen erst behandelt werden, bis die spezifische Wirkung des Serums sicher feststeht.

Digitized by Google

Auf chirurgische Tuberkulose (Drüsen, Knochen, Gelenke) hatte das Serum einen äußerst günstigen Einfluß; leichte Fälle waren nach wenigen Injektionen geheilt.

Die Dosis beträgt bei chronischen Fällen 5, bei akuten 20—30 cm³. Erstere Mengen werden serienweise gegeben. Ueble Folgen sah M., auch bei Kindern, nicht; Die Reaktion bestand nur in Serumerythem. — (The Lancet, March. 26, 1904.) Baer.

Ueber den Gebrauch von Dr. Marmoreks Antituberkulose-Serum. Von Dr. A. Latham.

Unter persönlicher Anleitung Marmoreks hat Vf. an 30 Fällen im Verlauf von drei Monaten über 450 Injektionen mit dem genannten Serum vorgenommen. Er wählte absichtlich zuerst nur schwere Fälle. Ein Urteil über das Mittel zu fällen, ist sehr schwierig, da das Bild der Tuberkulose ein sehr wechselvolles ist. So z. B. sah L. wiederholt Verschlechterung in Fällen, denen er die Injektion verweigert hatte, wo man andernfalls diese Verschlechterung wohl auf das Serum zurückgeführt hätte. Seine Dosierung ist folgende: vier Tage à 5 cm³, drei Tage Pause; dreimalige Wiederholung dieses Turnus, dann zwei Wochen Pause. Dabei muß man natürlich individualisieren; chirurgische und akute Fälle vertragen größere Dosen. Die Reaktion besteht in Temperatursteigerung, neuralgischen Schmerzen, Drüsenschwellung, selten auch Gelenksaffektion; sie scheint manchmal infolge kumulierender Wirkung einzutreten, kann aber durch Vorsicht verhindert werden. Vf. kann noch kein definitives Urteil fällen. In einigen Fällen — besonders bei Kavernenbildung — war der Prozeß während der Behandlung progredient. Subjektiv meistens besseres Befinden. In drei von sechs behandelten chirurgischen Fällen schwanden die Schmerzen. Meist anfangs Zunahme des Auswurfs und der Rasselgeräusche, später in einigen Fällen Abnahme.

Aus seinen Fällen zählt Vf. die Krankengeschichten von fünf Patienten auf, die wesentlich gebessert wurden.

Das Schlußwort sagt, das nach des Vf. Erfahrung das Mittel bei vorsichtiger Dosierung unschädlich ist und daß es einen spezifisch antitoxischen Effekt besitzt. Er wünscht weitere ausgedehnte Versuche, besonders in leichteren Fällen. — (British med. Journ., 9. April 1904.) Baer.

Ueber die Behandlung mit Marmoreks Antituberkulose-Serum. Von Dr. Baer.

B. demonstriert die Lunge eines Patienten, dessen Krankheit einen subakuten Verlauf nahm (Dauer einige Monate). Nach sieben Injektionen von 15 cm³ des Serums nahm der Prozeß einen rapiden Fortschritt und führte nach weiteren 3½ Monaten zum Tode. Der Zusammenhang der Progredienz mit den Seruminjektionen ist fraglich. Ein zweiter Fall von Lungentuberkulose nahm ebenfalls nach sieben Injektionen einen ähnlichen Verlauf, eine Meningitis zeigte gar keine Beeinflussung durch das Serum. In dem Präparat ist von Ausheilungsvorgängen nichts zu erkennen. Da sich im Bodensatz der Serumfläschchen kulturfähige Strepto- und Staphylokokken fanden, wurden die Versuche abgebrochen. — (Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien Nr. 6, 1904.) Baer.

Physikalische Therapie.

Mediterrane Thalassotherapie. Von Prof. C. Claar.

Vf. berichtet über einen Fall von Bronchiolitis sicca, bei welchem Kreuzbinden Linderung und eine Mittelmeerreise von Triest nach Tanger mit sofortiger Rückkehr in die Heimat, also nach einer vierwöchentlichen Reise, resp. Aufenthalt auf dem Meere, Heilung bis auf geringe Reste eines Bronchialkatarrhs, der in Gleichenberg schwand, brachte. Die in Gleichenberg durch tägliche Auswaschung der Luftwege mit einer indifferenten Salzlösung in Form eines feinsten Soolnebels, dessen Wirkung auf tiefgehende Katarrhe sich seit 20 Jahren souverän bewährt, beschloß die mit Seeluft begonnene Inhalationskur. Zu diesem Ausfluge in den Ozean jenseits der Säulen des Herkules

Digitized by Google

war ein Schiff der Gesellschaft „Adria" benützt worden und muß für solche Reisen zu Kurzwecken speziell der „Arpad" empfohlen werden. Keineswegs möchte Vf. eingeladen haben, den musterhaft geführten und rein gehaltenen Dampfer etwa mit Phthisikern zu bevölkern, solche würden nur auf schwimmende Sanatorien nach englischem Muster passen, aber Katarrhaliker, Rekonvaleszenten und Neurastheniker werden, insoferne sie seetüchtig sind, gewiß mit großem Vorteile auch in Anbetracht der tadellosen Verpflegung, die vier Mondphasen auf dem Meere über sich hinziehen lassen. Jene Linie der Gesellschaft, welche von Fiume über Nordafrika nach Triest verkehrt, legt ihre erste Etappe von Fiume nach Messina in zwei Tagen zurück und beginnt also mit einer gründlichen Auslüftung der Atemwege. Von Sizilien führt der Kurs nach Tunis und Algier und berührt auf der Rückkehr von Tanger auch Malaga. Wer hier am wärmsten Punkte des Mittelmeeres länger verweilen will, kann mit der nächsten Tour über Catania nach Triest in die Heimat zurückkehren, nachdem abermals die nordafrikanische Küste angelaufen wurde. Allerdings muß bedacht werden, daß für Malaga die klimatische Signatur trockenwarm gilt und nicht kontraindiziert sein darf. Die von der Sierra nevada abgetrennte südliche Ecke Spaniens ist der einzige Ort Europas, wo das Zuckerrohr gedeiht, und kann einem erholungsbedürftigen Rheumatiker sehr wohl zu längerem Aufenthalte dienen. Bleiben wir aber dem feuchtwarmen Klima treu, so werden wir eine gewünschte Unterbrechung der Reise nur auf einer Insel, also in Sizilien unternehmen können. Wir verlassen das Schiff dann schon in Messina und erwarten dessen Rückkehr etwa in den Orangenhainen des Schuttkegels von Giarre, der aus dem Val di bove vom Aetna herabkommt, oder in Acireale bei Catania, in dessen Hafen der „Arpad" nach 17 Tagen wieder einläuft, um uns heimzuführen und in Triest ans Land zu setzen. Für eine solche Exkursion von Fiume über Sizilien nach Triest wird sich der Jänner als in der Regel kältester Wintermonat besonders empfehlen und trifft es sich gut, daß der erprobte Dampfer fahrplanmäßig am Neujahrstage von Fiume in See sticht. Die Seereise mit oder ohne Unterbrechung bietet also die beste Gelegenheit, einen im Winter akquirierten hartnäckigen Katarrh der Atemwege ohne alle Medikation loszuwerden und seinen Folgen vorzubeugen. Es hat sich dieselbe besonders bei der trockenen sekretionsarmen Form der Bronchitis bewährt, deren Vernachlässigung so leicht zum Emphysem führt. — (Bl. f. klin. Hydroth. Nr. 12, 1903.) Dr. Buxbaum.

Die Einwirkung des Höhenklimas auf den Menschen. Von Dr. Detertmann und Schröder.

Die physiologischen Wirkungen des Höhenklimas bestehen in einer wirklichen Anregung sämtlicher Funktionen des Organismus. Der Stoffwechsel wird merkbar gesteigert, die Pulsfrequenz wird erhöht, verschiedene nervöse Verrichtungen werden im Sinne einer Erregung beeinflußt. Die Atmungsfrequenz geht in die Höhe. Ueber die Art der Blutneubildung sind die Akten noch nicht geschlossen. Höhen bis zu 2000 m, wie sie praktisch für Kuren in Betracht kommen, rufen bei geeigneten Patienten eine wohltätige Anregung aller Körperfunktionen hervor. Sie veranlassen eine Uebung und Auffrischung aller Organe, eine energische Anregung zur methodischen Tiefatmung, die eine Gymnastik der Inspiratoren bedeutet, eine schonende Uebung der Herzmuskulatur und eine mit Einschmelzung von Fett und Ansatz von Muskeleiweiß einhergehende Verbesserung des Stoffwechsels. Infolge solcher Abhärtung werden unter anspruchsloseren klimatischen Bedingungen alle Tätigkeiten des Körpers mit relativer Leichtigkeit ausgeführt.

Auch niedere Höhen bis zu 600 m rufen bei den meisten Menschen Akklimationsbeschwerden hervor. Diese bestehen bei Herz- und Gefäßkranken, besonders solchen mit erhöhter arterieller Spannung, in Schwindel, Kopfschmerz, Herzklopfen, Druck auf die Brust, ja selbst in Ohnmachten. Solchen Patienten sind daher selbst mäßige Höhen nur mit großer Vorsicht zu verordnen.

Digitized by Google

Ebenso bei nervösem Herzklopfen, während die nervöse Herzschwäche sich besser für Höhenkuren eignen soll.

Sehr günstig wirken Höhenkuren bei Basedow'scher Krankheit, besonders wenn vorsichtig und stufenweise an- und später wieder abgestiegen wird. Auch Vf. hat die Erfahrung gemacht, daß es dabei viel weniger auf die absolute Höhe, als auf die Höhenänderung, die sogenannte „Luftveränderung" ankommt. Auch die nervösen Magendarmerkrankungen sind ein geeignetes Objekt für die höhenklimatische Behandlung. Nervöse Schlaflosigkeit verträgt nicht mehr als allerhöchstens 1000 m Höhe und verlangt Schutz vor jedem zu starken Reize. Gerade für solche Patienten ist Ruhe in passenden Liegehallen unentbehrlich. Weintraud empfiehlt zur Prophylaxe des Diabetes bei passagerer Glykosurie jährlich wiederholte Gebirgskuren. Auf chronische Mittelohreiterungen soll das Höhenklima sekretionsvermindernd wirken. Jedenfalls bessert sich die Hörschärfe der Sklerotiker im Hochgebirge.

Für die Lungentuberkulose negiert Schröder einen unbedingten Vorrang des Hochgebirges. Außer den Komplikationen, wie Larynxbeteiligung, Diabetes, Potatorium, Herzfehler und Atherom, ausgedehnterem Emphysem, sieht er Gegenanzeigen in der erethischen Konstitution und in vorgerückteren Stadien der Krankheit. Für die geeignetste Zeit erklärt er den Winter, der bei so vielen chronischen Krankheitszuständen unter Sanatoriumbehandlung schon für sich allein ein mächtiger Heilfaktor ist. — (Bl. f. klin. Hydroth., Dez. 1903.)

Dr. Buxbaum.

Heißlufttherapie. Von C. E. Skinner.

Vf. hat folgende physiologische Beobachtungen beim Heißluftvollbad konstatiert:

1. Bei Abwesenheit von Hyperleukozytosis steigt die Zahl der weißen Blutkörperchen von 15—50%. Bei Gegenwart von Hyperleukozytosis ist die Zunahme nicht so groß, manchmal Null.

2. Die roten Blutkörperchen nehmen von 10—20% zu.

3. Nach der Prozedur steigt die Harnmenge gewöhnlich von 25—100% gegenüber dem 24stündigen Quantum vor der Prozedur. In wenigen Fällen wurde eine Abnahme konstatiert.

4. Die Harnstoffmenge in 24 Stunden nach der Prozedur ist um 15—60% gegenüber der früheren vermehrt.

Diese Erscheinungen halten mit fallender Intensität 4—48 Stunden und noch länger an, je nach der Krankheit und der Individualität. Diese günstigen Wirkungen beruhen nicht so ganz auf der Schweißsekretion und oberflächlichen Hyperämie, wie dies oft behauptet wird. Wenn wir einerseits die große Zahl der pathologischen Zustände, bei welchen der Stoffwechsel sich als unzureichend erweist und anderseits die vielfachen Veränderungen in der Blutbeschaffenheit und die Mannigfaltigkeit der Krankheiten in Betracht ziehen, die auf mangelhafter Oxydation beruhen, dann erweitert sich der Wirkungskreis der Heißluftbäder als eine die Oxydation und Exkretion fördernde Prozedur ins enorme.

Die allgemeinen Erscheinungen beim Heißluftvollbad sind: die Temperatur steigt um 1—2 ° C., der Puls wird um 40—50 Schläge beschleunigt und die Pulswelle hat ein beträchtlich stärkeres Volumen. Bei zu langer Applikation hingegen sinkt das Volumen und die Spannung, der Puls wird rasch, klein und weich, der Patient wird schwindlig, matt, ohnmächtig. — Die Atemzüge vertiefen sich und nehmen um 5—10 pro Minute zu, ohne daß jedoch irgend eine Beklemmung auftritt. Die Kapillaren füllen sich, jedoch nicht in dem Maße, wie bei der lokalen Behandlung. Der Umstand, daß die Kapillaren des Angesichtes, welche ja niemals der direkten Hitze ausgesetzt sind, sich ebenso gleichmäßig erweitern, beweist die reflektorische Aktion. Die Azidität der Perspiration ist der Norm gegenüber beträchtlich erhöht. Das Allgemeingefühl ist nicht unangenehm. Dehnt sich die Applikation zu lange aus, so wird die Erschlaffung zur Erschöpfung, Herzklopfen und Atmungsbeklemmung tritt ein. — (Modern Medicine Nr. 5, 1903.)

Dr. Buxbaum.

Digitized by Google

Chirurgie.

Zur Bedeutung des Fettgewebes für die Pathologie des Kniegelenkes. Von Prof. Hoffa.

Auf Grund von sieben operierten Fällen weist Vf. auf ein Krankheitsbild hin, das bisher übersehen wurde, trotzdem aber nicht so selten zu sein scheint. Es handelt sich um eine fibröse Hyperplasie des normalerweise am Knie unter dem Ligamentum patellare gelegenen Fettgewebes. Das normalerweise dort vorhandene Fettgewebe kann durch einmalige größere oder häufig sich wiederholende kleinere Trauma in einen Zustand entzündlicher Hyperplasie versetzt werden, welcher zu heftigen Schmerzen und Behinderung der Bewegung führen kann. Das Fettgewebe erscheint am Querschnitt derber als das normale, häufig auch mehr rötlich-gelb verfärbt (als Zeichen einer stärkeren Blutüberfüllung).

Den Verlauf der Krankheit schildert Vf. folgendermaßen: in der Regel ist ein Trauma, ein Fall auf das Knie, oder ein heftiger Stoß gegen den Fuß oder eine Verdrehung des Unterschenkels vorausgegangen, so daß heftige Schmerzen im Knie verursacht werden. Das Gelenk selbst war dabei gar nicht oder nur wenig geschwollen. Durch Ruhe und Massage geht der erste Anfall in der Regel vorbei, es bestehen aber trotzdem dauernde Beschwerden beim Gehen (Unmöglichkeit zu beugen oder im Gegenteil, Unmöglichkeit das Knie durchzudrücken). Anfallsweise treten auch Schmerzen in der Regel an der inneren Seite des Knies auf. Manchmal bleibt auch das Gelenk plötzlich in gebeugter Stellung stehen. Der objektive charakteristische Befund besteht in Quadrizepsatrophie und typischer Anschwellung des Kniesdicht unterhalb und zu beiden Seiten der Patella. Der obere Rezessus ist frei. Die Veränderung sieht man am besten, wenn man den Patienten mit entblößten Knien vor sich hintreten und die Knie durchdrücken läßt.

Die Therapie besteht anfangs in Umschlägen, Massage, Einwicklung des Gelenkes. Kommt man aber damit nicht zum Ziel, dann soll das Fettgewebe von einem Längsschnitt aus exstirpiert werden. Bei genauer Einhaltung der Asepsis und unter Berücksichtigung der König'schen Regel, das Gelenk mit den Fingern nicht zu berühren, ist die Operation vollkommen gefahrlos. Die Bewegungen des Gelenkes müssen frühzeitig beginnen und nach 6—8 Wochen ist die Gebrauchsfähigkeit der Extremitäten eine normale. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10 u. 11, 1904.)

E.

Ueber die Gefahren der Wundinfektion durch das Sprechen während der Operationen. Von Dr. Mendes de Leon.

Daß der Wunde während der Operation durch das Sprechen des Operateurs Gefahr droht, wurde in den letzten Jahren von mehreren Seiten behauptet und zum Schutze der Wunden wurden die Gesichtsmasken angegeben. Vf. unternahm es, den Nachweis für die Richtigkeit dieser Behauptung auf bakteriologischem Wege zu führen und konnte durch Versuche beweisen, daß beim gewöhnlichen Sprechen eine große Anzahl von kleinsten Speicheltröpfchen in die Luft gelangt, wovon sich auf einer Fläche von 60 cm², die einem Operationsterrain mittlerer Größe entspricht, zum mindesten 60 Speicheltröpfchen niederschlagen. Da die Anzahl der Mikroorganismen, die in diesen Speicheltröpfchen enthalten sind, durchschnittlich 4375 beträgt, so ist die Gefahr der Wundinfektion auf diesem Wege eine sehr große. Diesen Tatsachen kommt noch eine wichtige Bedeutung ganz besonders aus diesem Grunde zu, daß unter den Mikroorganismen in großer Anzahl Streptokokken, Staphylokokken und Diplokokken, also die gefürchtetsten Infektionserreger, gefunden werden.

Da wir auf der anderen Seite so ängstlich bemüht sind, jeden Streptokokkus, der sich unter einem Fingernagel verirrt hat, herauszukratzen, müssen wir trachten, den Wunden auch den Schutz gegen Infektion durch das Sprechen zu gewähren. Versuche, die Vf. mit antiseptischen Mundwässern angestellt hat, blieben erfolglos, daher hat Vf. ein helmartiges Instrument

Digitized by Google

(Speichelfänger) konstruiert, das durch schmale elastische Bänder und Pinzenezhalter an den Ohren befestigt und leicht gegen den Mund gedrückt wird und das, laut angestellten Versuchen, sämtliche Speicheltröpfchen auffängt und auf diese Weise die Wunde von Infektion schützt. — (Langenb. Arch., Bd. 72, H. 4.) E.

Ueber Fremdkörper der Speiseröhre und ihre operative Entfernung. Von Dozent Dr. Lieblein.

Trotz der Fortschritte auf dem Gebiete der Oesophagoskopie gelingt es häufig nicht, die Extraktion der Fremdkörper aus dem Oesophagus durch den Mund vorzunehmen. In drei solchen Fällen hat Vf. die Oesophagotomia externa ausgeführt und hält diesen Eingriff für vollständig berechtigt bei der Behandlung von Fremdkörpern. Ein Patient, bei welchem der Oesophagus durch den Fremdkörper (Kropf) fast vollständig usuriert und das Zellgewebe in der Umgebung des Oesophagus bereits eitrig infiltriert war, ging am Tage nach der Operation an einer Peumonie zugrunde, während die zwei anderen durch die Operation geheilt wurden.

In zwei Fällen hat Vf. die Methode von Guattani mit dem Schnitt am Innenrand des Kopfnickers ausgeführt und konnte nach Unterbindung der Gefäße den Oesophagus fast ohne Blutverlust bloßlegen und inzidieren. Im dritten Falle ragte der Fremdkörper an der rechten Halsseite vor, und da entschloß sich Vf., von der rechten Seite einzugehen und fand auch bei dieser Methode keine Schwierigkeiten. In keinem der drei Fälle hat es Vf. versucht, die Oesophaguswunde zu nähen, sondern führte durch die Oeffnung ein Gummidrain ein, durch welches die Ernährung in den ersten 10—14 Tagen stattfand. Die Nachbehandlung war ziemlich einfach; bei keinem der Patienten blieb eine Fistel oder Verengerung des Oesophagus zurück.

In einem vierten Falle, bei welchem ein Fremdkörper (Gebiß) 34 cm hinter der Zahnreihe festsaß, mußte die Laparatomie und Eröffnung des Magens ausgeführt werden. Vf. ging mit der ganzen Hand und dem Vorderarm in den Magen ein, dilatierte die verschlossene Kardia und extrahierte den Fremdkörper mit einer Zange. Naht der Magen- und Bauchwunde. Heilung per primam. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 41, H. 3.) E.

Die subkutane Entfernung der tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses, des Nackens, der Präaurikular- und der Submaxillarisgegend. Auf Grund von 100 Fällen. Von Prof. Dollinger.

Um die häufig entstellenden Narben, die nach Exstirpation der Drüsen an sichtbaren Stellen des Halses entstehen, den Patienten zu ersparen, hat Vf. die Methode der subkutanen Entfernung der Drüsen angegeben und dieselbe bis jetzt 128mal ausgeführt. Die Resultate sind sehr gute, indem in 107 Fällen Heilung per primam eintrat und in den übrigen Fällen, bei welchen Eiterung sich einstellte, nur einige Millimeter große Kontrainzisionen nötig wurden, die kaum sichtbare Narben zurückließen.

Die kosmetischen Resultate sind tadellos, aber die Methode erfordert nach der eigenen Ansicht des Vf. große Aufmerksamkeit und Geduld und genaue anatomische Kenntnisse. Nur bewegliche, nicht verwachsene Drüsen eignen sich für diese Methode.

Der Hautschnitt wird in den behaarten Teil des Nackens verlegt und von hier dringt der Operateur subkutan gegen die Drüsen vor, die ihm ein Assistent entgegenhält. Die Drüsen selbst werden stumpf ausgelöst. Gute Beleuchtung der Tasche mittels Reflektors schützt vor Verletzung anliegender Gefäße und Nerven. Nur einmal hat Vf. eine größere Vene (die V. facial.) verletzt. Nach Exstirpation der Drüsen wird das Bett drainiert und die Haut genäht. Die tiefen Lymphdrüsen des Halses eignen sich für diese Methode nicht. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Nr. 1—3, Bd. 72.) E.

Zur Behandlung von penetrierenden Brustwunden. Ein Fall von Lungennaht. Von Dr. Grunert.

Das rasche aktive Eingreifen in dem vom Vf. beobachteten Falle von Lungenverletzung hat dem Patienten das Leben

Digitized by Google

gerettet, zum mindesten aber die Krankheitsdauer um ein Beträchtliches abgekürzt. Es handelte sich um einen Mann, der einen Messerstich in die linke Brustseite erhielt. Er verlor viel Blut und hatte Anfälle von heftiger Dyspnoe. Da die Blutung aus dem Thorax auch noch im Spital sehr heftig war, hat Vf. den Schnitt erweitert, eine Rippe reseziert, um mit der Hand bequem eingehen zu können. Nahe der Basis der Lunge fand sich eine zirka 3 cm lange, 2 cm tiefe Schnittwunde, aus welcher die Blutung staute. Vf. zog die Lunge zum Teil aus dem Brustraume heraus und legte dann an der verletzten Partie zwei Katgutnähte an, worauf die Blutung sofort stillstand. Drainage der Pleura. Die Heilung ging rasch von statten. Nach zwölf Tagen war der Patient soweit hergestellt, daß er das Bett verlassen konnte. Drei Wochen nach der Verletzung war ein vollständig normaler Lungenbefund zu konstatieren.

Vf. ist der Ansicht, daß man häufiger als dies jetzt geschieht, bei Lungenverletzungen operativ eingreifen soll, um vor allem die Blutung zum Stillstand zu bringen. Bei Stichverletzungen wird häufiger dazu Gelegenheit sich finden als bei Schußverletzungen. Bei Verletzungen großer Gefäße kommt der Arzt gewöhnlich zu spät. Auch bei beginnendem Emphysem sollte sofort die breite Eröffnung der Brusthöhle vorgenommen werden, um der Ausbreitung des Emphysems über den ganzen Körper und den dadurch bedingten Schädlichkeiten entgegenzuwirken.

Schließlich verhindert die sofort nach der Verletzung vorgenommene Operation die häufig eintretende Infektion des Exsudats mit all ihren Folgen (Sepsis, langes Krankheitslager, Schrumpfung des Thorax). Das energische Vorgehen kann nur nützen, nicht schaden. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 72, H. 1—3.) E.

Beitrag zur Kenntnis der Rotzinfektion beim Menschen. Von Dozent Dr. Jenckel.

Bei einem Wärter des pathologischen Instituts, der bei der Sektion eines an Rotz verstorbenen Mannes assistierte, entwickelte sich sieben Tage später eine Lymphangoitis am Vorderarm mit Schwellung der Kubitaldrüsen, hohem Fieber und Abgeschlagenheit. Die Lymphangoitis ging von kleinen Verletzungen an den Fingern aus, die Patient zur Zeit der Sektion mit Heftpflaster bedeckt trug. Da die Kubitaldrüsen erweichten, wurde eine Inzision vorgenommen und eine größere Menge dicken rahmigen Eiters entleert. Nach oben bildete eine brettharte Infiltration die Abgrenzung der erweichten Drüsen. Das Fieber ging zurück, jedoch das Allgemeinbefinden besserte sich nicht sehr. Mit Rücksicht auf diesen Umstand und die vorausgegangene Sektion wurde der Eiter untersucht und 14 Tage nach der Inzision wurde die Rotzinfektion konstatiert. Unter antiseptischer Behandlung heilte die Wunde langsam, fast einen Monat lang konnten im Eiter Rotzbazillen nachgewiesen werden; als diese dann verschwanden, schloß sich die Wunde innerhalb von wenigen Tagen. Das Infiltrat über der Wunde blieb noch lange Zeit bestehen und verursachte dem Patienten Schmerzen auf Druck. Auf Ruhe schwand auch dieses Symptom und es trat vollständige Heilung ein. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 72, H. 1—3.) E.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur arteriellen Gefäßversorgung des Ureters insbesondere der pars pelvina. Von A. Feitel.

Vf. hat auf Veranlassung Wertheims sich mit dem Studium obiger Frage eingehend befaßt, und zwar bildete die unmittelbare Ursache zur Aufrollung dieser Frage die Beobachtung Wertheims, daß bei 57 von ihm selbst nach seiner eigenen Methode ausgeführten Totalexstirpationen des karzinomatösen Uterus in fünf Fällen Ureterfisteln entstanden, wo die Annahme einer Verletzung der Ureteren mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Mithin mußte die Entstehung der Ureterfisteln auf einer Ernährungsstörung infolge zu ausgiebiger Durchtrennung der zuführenden Blutgefäße beruhen. Vf. hat nun, gestützt auf die Sektionsergebnisse weiblicher Kadaver, den typischen Verlauf der er-

Digitized by Google

nährenden Gefäße der Harnleiter festgestellt und schlägt zur Vermeidung von Harnleiterfisteln bei der Vornahme der Wertheim'schen Methode folgendes Vorgehen vor: 1. Das stumpfe Freilegen der Ureteren muß vermieden werden. 2. Die ernährenden Harnleitergefäße sind nach Tunlichkeit bei der Operation frei herauszupräparieren. 3. Zur Schonung der ernährenden Gefäße ist die Spaltung des Peritoneums über den Ureteren in der Weise vorzunehmen, daß der Schnitt oberhalb der Mitte der pars pelvina des Ureters lateral, unterhalb jener Stelle medial vom Ureter zu führen ist. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 46, H. 2.)

Königstein.

Ueber die Verkürzung der runden Mutterbänder auf vaginalem Wege. Von C. J. Bucura.

Vf. berichtet über 86 Fälle, welche im Laufe von vier Jahren von Wertheim, dem Erfinder dieser Methode, operiert wurden. Nur in 25 Fällen handelte es sich um unkomplizierte Fälle von Retroversioflexio. Der Gang der Operation ist folgender: Nach Eröffnung der Plica vesicouterina durch den vorderen Scheidenschnitt werden die runden Bänder gefaßt und beiderseits durch Schleifenbildung verkürzt. Es ist dabei unnötig, die Gebärmutter in die Scheide zu dislozieren. Nach der Operation entspricht die Lage der Gebärmutter mehr der Norm als nach der Alexander'schen Operation. Die Dauererfolge der Operation beliefen sich auf über 79%. Rezidive trat nur bei komplizierten Fällen auf, so daß die Methode hiefür nicht verantwortlich gemacht werden kann. Nur in zwei Fällen lag die Gebärmutter bei der Entlassung in Retroversion. Störungen in der Gravidität oder im Wochenbett kamen nach der Operation in keinem Falle vor. Es muß der Wertheim'schen Operation rückhaltlos der Vorzug über die anderen, wegen Lageveränderungen des Uterus angegebenen Operationsverfahren gegeben werden, da sie leicht und schnell ausgeführt werden kann und vollkommen ungefährlich ist. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 46, H. 2.) Königstein.

Zur Therapie wiederholter Aborte und der Frühgeburt toter Kinder. Von R. Lomer.

Vf. gibt ausnahmslos in allen Fällen von wiederholtem Abortus und Frühgeburt toter Kinder während der ganzen Schwangerschaftsdauer Jodkali in Verbindung mit Eisen. Er erzielte bei 21 Fällen glänzende Resultate durch diese bisher noch nicht methodisch geübte Behandlungsweise. Er versucht, durch diese Medikation auf die drei gewöhnlichen Ursachen der habituellen Aborte einzuwirken, nämlich spezifisch auf die Lues, weiters auf die Schwangerschaftsniere und auf entzündliche Veränderungen der Dezidua bei Endometritis. Die Einwirkung des Jodkali dürfte vielleicht darin zu suchen sein, daß der Entstehung von Blutergüssen innerhalb der Plazenta vorgebeugt wird, während durch die anhaltende Verabreichung des Eisens die zumeist gleichzeitig vorhandene chronische Anämie geheilt werden soll. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 46, H. 2.)

Königstein.

Urologie.

Die Dampfsterilisation von Sonden aus Gummi und Kautschuk und ihre sterile Aufbewahrung besprach Freudenberg auf dem letzten französischen Urologenkongresse. Gemäß der Erfahrung, daß elastische Sonden aus gutem Material die Sterilisation durch strömenden Dampf gut vertragen, auch wenn dieselbe auf eine volle Stunde ausgedehnt wird, hat man zunächst nur zu berücksichtigen, daß ein Instrument das andere während der Sterilisation nicht berühre. Zu diesem Zwecke verwendete man die separate Umwicklung jedes einzelnen Instruments in Leinen mit dem Vorteile, durch die gleichzeitige Sterilisation des Umhüllungsmaterials eine aseptische Konservierung der Instrumente zu verbinden. Statt des Leinens verwendet Vf. nunmehr Filtrierpapier (nach Alapy), auf welchem er den Namen des betreffenden Patienten, Stärke und Nummer des Katheters etc. notiert. Durch verschiedenfarbige Blei-

Digitized by Google

stifte oder verschieden gefärbtes Filtrierpapier kann man Nélatons, Bougies und Gummiinstrumente auseinanderhalten, zum Verschluß Skripturenklammern verwenden. Durch diese Methode der Sterilisation und Aufbewahrung (in einer Metallbüchse, die für beide Zwecke dient) ist man in die Lage versetzt, jederzeit eine große Auswahl gebrauchsfertiger steriler Instrumente vorrätig zu halten.

Rich. Grünfeld.

Die Behandlung der Blasensteine bei Komplikation durch Prostatahypertrophie. Von Harrison.

Vf. empfiehlt in solchen Fällen (er berichtet über fünf) die totale oder partielle Prostatektomie, da er einen Zusammenhang zwischen der Prostatahypertrophie und dem Wachstum der Steine annimmt. Erklärt wird dies dadurch, daß 1. die vergrößerte Prostata ein Hindernis für den Spontanabgang der kleinen, griesartigen, nierenprovenienten Urate und Oxalate bildet; 2. durch die erschwerte Harnentleerung die ammoniakalische Zersetzung des Urins zu konsekutiver Zystitis und Bildung von Phosphatsteinen führen kann. Die Litholapaxie führt demnach hier nicht zum Ziele. Harrison bevorzugt die suprapubische Methode, welche die gleichzeitige Entfernung der Steine mit der Prostatektomie ermöglicht. — (Arch. internationales de Chir., Vol. I, fasc. 4, 1904.)

Rich. Grünfeld.

Ein Mittel zur Auflösung von Nierensteinen. Von Jaenicke.

Winternitz hat vor einiger Zeit den Birkenblättertee als ein gut wirkendes, die Nieren nicht reizendes Diuretikum empfohlen. Die diuretische Wirksamkeit desselben soll jedoch hinter der der gebräuchlichen Diuretika zurückstehen, wie Vf. aus privaten Mitteilungen konstatiert, dafür findet sich eine eklatante Wirkung in der Auflösung von Nierensteinen. Vf. verwendet den Tee seit vier Jahren in vielen Fällen mit gutem Erfolge und verbreitet sich ausführlicher über einen Fall, in welchem er einen Patienten, dessen Nierensteine durch radiologische Diagnose sichergestellt waren, vor der beschlossenen Operation von denselben befreite, wie sich durch neuerliche Radiographie feststellen ließ. Die Disposition zur Bildung von Steinen kann man mit dem Tee natürlich nicht beseitigen, allein die vorhandenen (eventuell in Kombination mit anderen medikamentös-diätetischen Maßnahmen) auflösen. Die Vorschrift lautet: Die zu Sommeranfang gesammelten Blätter werden getrocknet, hievon ein gehäufter Teelöffel der fein zerriebenen Blätter mit reichlich $^1/_4$ l kochenden Wassers übergossen, läßt fünf Minuten „ziehen", fünf Minuten kochen und alsdann durchgießen. Früh nüchtern und nachmittags durch mehrere Monate zu nehmen. Nachher ist die Kur in Intervallen fortzusetzen. — (Zentralbl. f. inn. Med., Nr. 13, 1904.)

Rich. Grünfeld.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Einige Syphilisübertragungsversuche auf Tiere. Von A. Neisser und F. Veiel.

Neue Forschungen haben gezeigt, daß man durch Vorbehandlung von Tieren mit frischem normalen Serum, in dem stets Komplemente enthalten sind, spezifische Antikomplemente erhalten kann, die imstande sind, die normaler Weise vorhandenen Komplemente zu binden. Weitere Untersuchungen aber ergaben doch mancherlei Differenzen, so daß Wassermann zur Anschauung gelangte, es gelte dieses Gesetz bloß bei der angeborenen Halbimmunität, bei welcher die Individuen einer größeren, eingebrachten Menge des Infektionserregers erliegen; bei vollständiger Unempfänglichkeit des Tieres aber gegen die betreffenden Erreger scheinen die Komplemente überhaupt nicht in Betracht zu kommen.

Diese Voraussetzungen hätten eigentlich die Autoren, wie sie selbst betonen, abschrecken sollen, Versuche in dieser Richtung zu unternehmen; nichtsdestoweniger wollten sie dieselben bei der Wichtigkeit des Gegenstandes nicht unterlassen. Es wurde zunächst an die Gewinnung von Schweine- und Affen-Antikomplementen gegangen, was durch Vorbehandlung eines

Digitized by Google

Hammels, beziehungsweise Hundes und Kaninchens durch Injektion des einschlägigen Serums geschah. Dann wurde einem Schweine gleichzeitig eine Aufschwemmung zerkleinerter Syphilispapeln und das die Antikomplemente enthaltende Hammelserum injiziert, ein zweitesmal demselben Schweine Venenblut, von florider Syphilis stammend, und Serum, einem zweiten Schweine zweimal in entsprechenden Zeiträumen Aufschwemmungen eines zerkleinerten Primäraffekts und Serum, ähnlich auch einem Affen (Kronenaffen); alle Versuche verliefen negativ. Es gelingt also auf diesem Wege nicht, Tiere für die Syphilisinfektion empfänglich zu machen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1904.) D.

Erfahrungen über Ichthargan. Von A. Kronfeld.

Das Ichthargan wurde in der Trippertherapie als mildes, dabei äußerst bakterizides Mittel von einer ganzen Reihe von Autoren empfohlen. Der Vf. selbst benützt es ausschließlich in Form von Bougies, indem er Drainröhrchen mit einer 0·02%igen Ichthargangelatine imprägnieren läßt. Er verschweigt dabei, daß diese „Tubuli elastici" zuerst unseres Wissens von Lang angegeben wurden.

Die Injektionstherapie wird vom Autor im akuten Stadium verworfen, ebenso die interne Medikation, insoweit sie die Verwendung der balsamischen Mittel betrifft. Doch wendet er später Spülungen mit der Vanghett i'schen Kanüle an, die in seinen Augen nicht als Injektion zählen, eine scharfsinnige (?) Unterscheidung, die nicht ganz gemeinverständlich klingt. Merkwürdigerweise setzt er diese Spülungen den von Lohnstein u. a. empfohlenen oder geübten rückläufigen Spülungen gleich. — (Therap. Monatsh., XVIII, 1.) D.

Die Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe des Mannes. Von Fr. Bering.

Es handelt sich dem Autor nicht darum, ein neues Präparat oder Verfahren anzupreisen, sondern bloß um die Schilderung des Vorgehens, wie es an der unter der Leitung Prof. v. Dürings stehenden Poliklinik geübt wird, weil die Resultate zumindest so günstige sind, wie sie den übrigens auch versuchten neueren Silberpräparaten von anderen Seiten nachgerühmt werden. Ob der Autor sofort beim ersten Erscheinen von Krankheitszeichen, also im akuten Stadium, mit der Behandlung einsetzt, ist nicht ganz klar zu ersehen. Er sagt nämlich: „In Fällen, wo mit Injektionen nicht sofort begonnen werden kann, verordnen wir von vornherein Sandelöl etc." Ob sich dieser Passus bloß auf Phimosen bezieht oder ob das expektative Verhalten, dem der Autor an früheren Stellen ein Loblied singt, noch durch andere (Entzündungs-) Erscheinungen bedingt wird, müssen wir dahingestellt sein lassen. Erst wenn diese Erscheinungen abgeklungen sind, kommen Injektionen mit Kalium hypermang. an die Reihe; dieselben werden mittels der Zeis l'schen Handspritze, 200—250 g, gemacht, indem abwechselnd die vordere Harnröhre prall gefüllt und durch Freigebung der Mündung wieder entleert wird. Nach ungefähr 14 Tagen wird auf die Konzentration von 1·0 : 2000·0 gestiegen, gleichzeitig macht der Kranke zu Hause Injektionen mit Argentum nitric. 1 : 1000—500·0. Nach ungefähr 3—4 Wochen besteht in der Regel kein Ausfluß mehr, wohl aber läßt sich des Morgens eine Spur Sekret exprimieren; jetzt wird das übermangansaure Kali durch Argent. nitric. (1 : 4000—2000) ersetzt, während gleichzeitig der Kranke mit einer 3%igen Resorzinlösung selbst Einspritzungen macht. Führt dieses Verfahren nicht zu Ende, so geht der Autor zur Dilatation über, an welche Stelle später wieder Spülungen mit Kal. hypermang. treten. Bezüglich des Dilatationsverfahrens steht B. auf dem Standpunkte der nicht forcierten Dilatation, verwirft im allgemeinen die Oberländer-Kollmann'schen Instrumente und läßt sich mit der gewöhnlichen Sondenbehandlung, eventuell bis auf Nr. XXX ansteigend, genügen. Auch der Prostatamassage ist gedacht, gleichwie die Wichtigkeit der Gonokokkenuntersuchung in allen Phasen der Erkrankung betont wird. Daß auch so noch eine große

Digitized by Google

Reihe von Fällen übrig bleibt, denen mit den heutigen Hilfsmitteln nicht beizukommen ist, muß zum Schlusse zugestanden werden. — (Therap. Monatsh., XVIII, 2.) D.

Kinderheilkunde.

Zur Frage der angeborenen Rhachitis und der Phosphorbehandlung. Von Dr. Erwin Spietschke.

Auf Grund klinischer Untersuchungen nimmt Autor an, daß die Weichheit des Hinterhauptes (Craniotabes), die sogenannten Ossifikationsdefekte des Schädels, die weichen nachgiebigen Nahtränder, die weit klaffenden Nähte, das Mißverhältnis zwischen Kopf- und Brustumfang beim neugeborenen Kinde direkt in jene Veränderungen übergehen, welche beim älteren Säuglinge als typische Schädelrhachitis allgemein gelten. Wo diese Erscheinungen am Schädel des neugeborenen Kindes zu beobachten sind, gesellen sich später in der Regel auch am übrigen Skelette rhachitische Veränderungen hinzu. Die bezeichneten Eigenschaften des Schädels neugeborener Kinder stellen somit die ersten Symptome der Rhachitis dar. Es gibt eine kongenitale Rhachitis. Die meisten Fälle von Rhachitis sind angeboren.

Insbesondere wichtig erscheint diese Tatsache mit Rücksicht auf die angewendete Therapie. Jüngere, wenige Monate alte Kinder erhielten den Phosphorlebertran nicht in der üblichen Dosis von 0·01 : 100·0, sondern 0·005 : 100·0. Daß diese Therapie auch Dauererfolge aufzuweisen hat, lehren die Fälle, wo die frühzeitig mit Phosphor behandelten Fälle auch noch nach einem Jahre und später keinerlei Zeichen von Rhachitis zeigten. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 9.) Nrth.

Keuchhusten und Zypressenöl. Von O. Soltmann.

Eine Nachprüfung der schon von Bravo veröffentlichten Zypressenölbehandlung des Keuchhusten ergab günstige Erfolge. Als beste Art der Anwendung bewährte sich das Aufgießen von viermal täglich 10—15 gr einer alkoholischen Lösung des Oeles (1 : 5) auf Oberbett, Kopfkissen und Leibwäsche des Kindes. Anfangs schien zuweilen der Hustenreflex selbst bei älteren Kindern ausgelöst zu werden. Als Resultat ergab sich:

Das Zypressenöl setzt in allen Fällen des Keuchhustens, sowohl bei älteren als bei jüngeren Kindern, die Zahl der Hustenparoxysmen herab. Es mildert ihre Intensität, verkürzt ihre Extensität, verlängert die freien Intervalle, hebt die schwächenden Nachwirkungen des Paroxysmus und Einzelanfalles auf. Nachteilige Wirkungen auf Magendarmkanal, Respirationstrakt, Nervensystem, Herz und Niere machen sich nicht bemerkbar — im Gegenteil schwächt es die Komplikationen ab und hebt sie zum Teil auf. Würgen und Erbrechen treten nicht ein, sondern schwinden bald, wenn sie vorher vorhanden waren. Zur Zyanose, zu Ekchymosen oder Nasenbluten kam es nicht. Kontrollversuche — wo die Oelapplikation absichtlich plötzlich wegblieb — zeigten fast regelmäßig Zunahme an Zahl und Intensität der Anfälle. Die alsdann wieder aufgenommene Behandlung wurde mit erneutem Absinken der Anfälle beantwortet. Die Dauer des Stadium convulsivum beim Keuchhusten schien unter der Behandlung merklich abgekürzt. Eine Abkürzung der Gesamtdauer schien das Medikament nicht zu bewirken.

Die günstige Einwirkung auf die Gesamtkonstitution manifestierte sich darin, daß die Kinder fast durchwegs in gutem Ernährungszustand entlassen wurden und Gewichtszunahmen zeigten.

Wie das Zypressenöl wirkt, läßt sich bisher nicht beantworten. — (Therapie d. Gegenw., März 1904.) Nrth.

Erfahrungen mit gelabter Kuhmilch in der Ernährungstherapie kranker Säuglinge. Von Dr. Reinach.

In den mit gelabter Kuhmilch (Pegnimilch) behandelten Fällen chronischer Ernährungsstörungen hat sich bezüglich Ausheilung der Darmstörungen und Hebung des Ernährungszustands des Gesamtorganismus ein Vorzug gegenüber den Erfahrungen mit ungelabter Milch nicht ergeben; günstiger schien sich die Ausshei-

Digitized by Google

lung akuter Verdauungsstörungen zu gestalten.

Sinngemäß hätte der Pegninzusatz eine bessere Verdaulichkeit des Kaseins der Milch bewirken müssen. Ist es richtig, daß das Auftreten jener Flocken — sogenannter Parakaseinbröckel — stark positiver Millonprobe und stark alkalischer Reaktion auf Störung in der Kaseineiweißverdauung schließen läßt, so hätten diese Erscheinungen zum Teil schwinden müssen. Dies ist bei der überwiegenden Zahl der beobachteten Fälle nicht geschehen. Sind obengenannte Proben aber nicht zu verwerten, so fehlt uns für rasche Orientierung über Eiweißverdaulichkeit und damit Pegnineinfluß der sichere wissenschaftliche Maßstab. Es hat bei vorwiegenden Kohlehydratdyspepsien die ungelabte verdünnte Milch mindestens ebensoviel geleistet wie die gelabte.

In Fällen von stark saurer Stuhlreaktion mit mikroskopisch erheblichem Fettbefund scheint ein Versuch mit im Fettgehalt reduzierter oder abgerahmter, gelabter Milch rätlich, besonders bei solchen Säuglingen, wo die hiebei sonst vorzügliche Kohlehydrattherapie kontraindiziert ist.

In einer größeren Reihe von chronischen und akuten Störungen mit vorwiegendem Erbrechen und Unruhe nach dem Trinken wurden letztere Symptome durchwegs in der günstigsten Weise beeinflußt.

Fälle von Reizerscheinungen von Seiten des Zentralnervensystems zeigten mitunter sofortiges Verschwinden dieser Zustände. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 59.)

Nrth.

Der Einfluß der Serumbehandlung auf die Diphtheriemortalität. Von Dr. Erik E. Faber in Kopenhagen.

Als Resultat der Untersuchungen findet Autor:

Die Serumbehandlung beschränkt die relative Mortalität der Diphtherie bedeutend. Die Mortalitätsabnahme beruht auf der Fähigkeit der Serumbehandlung, der Diphtherieintoxikation entgegenzuarbeiten, während der Einfluß der Serumbehandlung auf die Stenose und die komplizierenden Lungenleiden nicht so groß ist, daß er sich in der Statistik gegenüber den anderen bestimmenden Faktoren geltend machen kann. Je frühzeitiger im Bestehen der Krankheit die Serumbehandlung begonnen hat, desto geringere Gefahr ist für den Patienten vorhanden, an Diphtherieintoxikation zu sterben. Die Gefahr, an deszendierender Diphtherie oder Pneumonie zu sterben, ist dagegen für die frühzeitig oder spät behandelten Patienten ungefähr gleich.

Da die Todesursache der Diphtheriefälle am häufigsten Intoxikation, die der Croupfälle Deszendenz oder Pneumonie ist, zeigt sich die Mortalitätsabnahme deutlich in der Diphtheriestatistik, dahingegen nicht in der Croupstatistik. — (Jahrb. f. Kinderheilk. 1904.) Nrth.

Ueber Theocin als Diuretikum im Kindesalter. Von Dr. B. Gutmann.

Den Untersuchungen liegen acht Fälle (ein Fall von reiner chronischer Nephritis, sieben von schwerer Herzerkrankung, sei es der Klappen, des Perikards oder des Herzmuskels) zugrunde. Das Theocin erwies sich bei diesen als ein Diuretikum von großem Werte. Besonders eklatant war die Wirkung in den Fällen, die mit schweren Oedemen einhergingen, es zeigte sich wirksamer als Digitalis, Strophantus und Diuretin.

Die Wirkungsweise des Theocins ist eine solche, daß die Urinmenge gleich am ersten oder spätestens am zweiten Tage sich stark steigert, um dann in vielen Fällen noch während der Verabreichung, und zwar oft recht rapid wieder zu sinken; nachhaltig ist die Wirkung also nicht. Häufiger Gebrauch stumpft ebenfalls die Wirkung ab.

Eine schädliche Reizwirkung auf die Nieren trat nie zutage. Unangenehme Nebenwirkungen waren nur öfters Störungen von Seiten des Magens, Brechreiz, Erbrechen. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 38.) Nrth.

Pharmakologie und Toxikologie.

Der Nikotingehalt sogenannter „mausgrauer" Zigarren.

Bekanntlich sind die sogenannten „mausgrauen" Tabake viel höher bewertet

Digitized by Google

als die braunen, und es war interessant, festzustellen, ob die angeblich durch Unreife und eine besondere Fermentation entstandene Färbung auch eine andere Zusammensetzung bedingt und etwa eine größere Möglichkeit der Gesundheitsschädigung für den Raucher in sich schließt, als der braune ausgereifte Tabak. Die Untersuchung ergab das überraschende Resultat, daß die im Handel besonders geschätzte mausgraue Färbung weder durch den Tabak an sich, noch durch besondere Art der Fermentation hervorgerufen wird, sondern auf einem zarten und gleichmäßigen Anflug eines feinen anorganischen Staubes (Ton) beruhen kann. Auf diese Weise war es möglich, einfach durch Aufstreuen von feingepulvertem grauen Ton auf gewöhnlichem Tabak die so sehr geschätzte „mausgraue" Färbung zu erreichen. — (Ber. d. chem. Staatslabor. in Hamburg, 1903.) Dr. Springer, Breslau.

Fabrikstaub.

In einer Fabrik, in welcher Flaschenverschlüsse mit Bleifarbe bedruckt werden, waren mehrere Bleivergiftungen vorgekommen. Um nun festzustellen, ob Bleiverbindungen tatsächlich in den Fabrikstaub eingegangen sind, wurde der an den Lampenkuppeln im Arbeitssaal haftende Staub abgenommen und untersucht. Hiebei zeigte sich die überraschende Tatsache, daß derselbe 5·39% Blei in salpetersäurelöslicher Form enthielt. — (Ber. d. chem. Untersuchungsamtes d. Stadt Altona, 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

Der forensische Blutnachweis. Von Stabsarzt Prof. Dr. Uhlenhuth. (Hygienisches Institut Greifswald.)

Die Blutdifferenzierung nach Uhlenhuth hat neuerdings dadurch eine besondere Bedeutung erlangt, daß der preußische Justizminister diese Methode als maßgebend für forense Fälle bezeichnet hat. Das Prinzip der Uhlenhuth'schen Untersuchungen ist bekanntlich, daß das Blutserum eines z. B. mit Hühnerblut geimpften Kaninchens mit einer Hühnerblutlösung, aber auch nur mit Hühnerblut, eine Fällung erzeugt (durch sogenannte Präzipitine), während mit dem Blute aller anderen Tiere nicht einmal eine Trübung eintritt. Mit Menschenblut geimpfte Kaninchen geben ein Serum, das wieder nur mit Menschenblut eine Fällung erzeugt u. s. f. Zur Serumgewinnung werden den Kaninchen in Zeitabschnitten von je sechs Tagen je 10 cm^3 defibrinierten Blutes injiziert; nach fünf solchen Einspritzungen liefert das Tier dann ein wirksames Serum. Die Trübung mit der betreffenden Blutsorte muß dann spätestens innerhalb 20 Minuten eintreten und ist — richtiges Arbeiten vorausgesetzt — durchaus zuverlässig. Die Technik selbst erfordert viel Uebung und Praxis, die zahlreichen ungünstigen Resultate sind lediglich auf unvorschriftsmäßiges Arbeiten zurückzuführen.

Von besonderem Interesse ist es, daß Affenblut bis zu einem gewissen Grade die Eigentümlichkeiten des Menschenblutes besitzt, wie überhaupt festgestellt werden konnte, daß die Eigentümlichkeit zwischen den Blutsorten in dem Maße abnimmt, in welchem die Verwandtschaftsbeziehungen unter den Tierarten zunehmen, eine neue Stütze also der Darwin'schen Theorie. So erzeugt z. B. Pferdeblut-Kaninchenserum im Pferdeblut einen starken, im Eselsblut einen schwachen Niederschlag. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei vielen anderen Tierarten. — (Fortschr. d. Medizin, H. 3, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Die Ozonisierung des Blutes durch Ferrozon. Von Dr. B. Rohden.

Die Vanadintherapie ist noch zu jung, als daß sich heute schon ein abschließendes Urteil fällen ließe. Jedenfalls scheint es bei den vanadinsauren Verbindungen auf die Konfiguration im Molekül sehr anzukommen, da ortho-, meta- und paravanadinsaure Salze verschiedene Giftigkeit und wechselnde Wirkung zeigen.

Das Ferrozon soll Ferrum oxydulatum vanadinicum sein und die Wirkungen der Metalle Vanadin und Eisen in sich vereinigen. Beide haben die gemeinsame Aufgabe zu erfüllen, den Sauerstoff aus der Lungenluft aufzunehmen, locker an das Hämoglobin chemisch zu binden und an

Digitized by Google

die Körpergewebe wieder abzugeben, also die Oxydationsprozesse und die Bildung der roten Blutkörperchen zu erhöhen. Hiezu soll das Vanadin nach Untersuchungen von Hélouis 20.000mal größere Befähigung besitzen, als das Eisen. Gleichzeitig soll durch das Vanadin, bezw. durch das ständige Freiwerden von Sauerstoff, eine Hemmung in der Entwicklung von Mikroben und in der Bildung von Ptomainen bewirkt werden.

Das Ferrozon ist mithin indiziert bei Blutarmut, neurasthenischen Störungen, Schlaflosigkeit, Tuberkulose, bei Schwächezuständen nach Säfte- und Blutverlust etc.

Das Ferrozon kommt in Pillen in den Handel und wird analog den Pil. Blaudii ordiniert. Auch im Preise stehen diese Pillen den Blaud'schen nahe. — (Deutsche Mediz.-Ztg. Nr. 29, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Untersuchungen über das Vorkommen von Arsen im tierischen Körper. Von M. Gabriel Bertrand.

Nach zahlreichen, sorgfältigsten Voruntersuchungen kommt Vf. zu dem Resultat, daß die verschiedensten Lebewesen in allen untersuchten Organen Arsen enthalten. Die Streitfrage, ob sich Arsen normalerweise im tierischen Organismus findet, ist ja schon wiederholt im positiven, wie im negativen Sinne beantwortet worden. Der Vf. schließt aus seinem Befunde, daß das Arsen im tierischen Organismus ein nicht unbedeutender Faktor ist und bei dem Lebensprozeß eine wichtige Rolle spielt. Besonders die forense Chemie wird aus diesen Resultaten die nötigen Schlußfolgerungen zu ziehen haben. Bei dem Arsennachweise in der toxikologischen Analyse ist allerdings zu beachten, daß die zur Marsh'schen und Gutzeit'schen Reaktion benützten Reagentien, Zink und Salzsäure, meistens Spuren Arsen enthalten, selbst wenn sie als „purissimum" feilgehalten werden. Nach Ansicht des Referenten kann daher ein Zink und eine Salzsäure nur dann als „absolut arsenfrei" angesprochen werden, wenn bei einem Vorversuch im Marsh'schen Apparate nach 8—10stündigem Erhitzen des Glührohres sich keine Spur eines dunklen Spiegels bildet. Dieser Vorversuch ist bei jeder toxikologischen Untersuchung zu wiederholen. — (Annal. Chim. Phys. 28.242, 1903, d. Chem. Ztg. Repert.)

Dr. Springer, Breslau.

Eine empfindliche biologische Prüfung auf Arsen. Von A. E. Bell.

Der biologische Nachweis des Arsens kommt neuerdings dadurch mehr und mehr in Anwendung, daß er absolut zuverlässig ist und selbst geringste Mengen sicher anzeigt. Dieser Nachweis beruht darauf, daß gewisse Pilze — besonders geeignet ist hiefür der bekannte Pinselpilz, Pennicillium brevicaule — mit arsenhaltigen Objekten den charakteristischen Knoblauchgeruch entwickeln. Wahrscheinlich basiert dieser Geruch auf Bildung von Arsenwasserstoff.

Die Ausführung dieser biologischen Reaktion ist sehr einfach und geschieht folgendermaßen: Die zu prüfende Substanz wird auf eine Kartoffelscheibe gestreut und zur Abtötung von Luftorganismen 30 Minuten bei 110° C. sterilisiert. Nach dem Erkalten wird die Scheibe mit einer Sporenaufschwemmung von Pennicillium brevicaule versetzt und 24 Stunden bei 37° C. gehalten. Bei Oeffnung der Schale ist, falls Arsen vorhanden war, der penetrante Geruch deutlich wahrnehmbar. — (Pharm. Journ. Nr. 484, 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

Darstellung und therapeutischer Wert der Arzneitabletten.

Die Darstellung der Arzneitabletten geschah bisher in der Weise, daß die betreffenden wirksamen Stoffe mit indifferenten Ingredienzien gemischt und dann einem großen Druck in eigenen Tablettenmaschinen ausgesetzt wurden. Als bindende Substanzen dienten Sacch. lactis oder Natr. bicarbonic. und in besonders unpraktischer Weise auch Talcum oder Traganth plv. Besonders in letzterem Falle werden die Tabletten nach kurzer Zeit ganz außerordentlich hart und selbst gegen die Magensäure resistent, so daß sie, ohne gelöst zu werden, den Magen lange Zeit in bedenklicher Weise belästigen. Diesen Uebelstand glaubt J. Silber-

Digitized by Google

stein dadurch beseitigen zu können, daß er der Masse 10—20% Calc. carbonic. zusetzt. Das Kalziumkarbonat wird durch die Magensäure rasch zersetzt und die freiwerdende Kohlensäure führt eine Zertrümmerung der Tabletten herbei. Die immerhin beträchtliche Menge des gebildeten Kalziumchlorids scheint mir trotz der angegebenen physiologischen Versuche nicht unbedenklich.

Suter macht gleichzeitig Vorschläge zur Unterscheidung der Tabletten, indem er verschiedene Formen, konvexe, konkave, konvex-konkave, plankonvexe etc., angibt, außerdem Tingierung mit unschädlichen Farben.

Die beste, bei kleinen Tabletten aber leider nicht anzubringende Differenzierung bestände jedenfalls darin, jeder einzelnen Tablette Inhalt und Dosis aufzustempeln, wie das bereits mit den Tabletten beim Sanitätskorps in Deutschland geschieht. — (Schweiz. Wochenschr. f. Chem. u. Pharm. Nr. 52, 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

Die Herstellung und Verwendung der gelben Quecksilberoxyd-Salbe. Von Paul Knapp.

Ist das Hydrargyrum oxydatum flavum in der Pagenstecher'schen Salbe nicht in allerfeinster Verteilung, so richtet die Salbe mehr Schaden an, als sie nützt. Hieraus erklärt sich auch die Unbeliebtheit dieser Salbe bei vielen Aerzten. Selbst eine gelbe Salbe von der Zusammensetzung: Hydrarg. oxyd. fl. via humida paratum 0·1, Vaselin. americ. alb. 10 kann trotz dieser schwachen Konzentration das Auge bedenklich reizen und durch Reibung der Partikelchen an der Hornhaut Schädigung verursachen. Die Salbe ist dann erst als lege artis zu betrachten, wenn beim Hindurchblicken durch den Fettfleck, den eine dünne Schicht Salbe auf Papier hinterlassen hat, keine roten Punkte von unverriebenem Hg O zu sehen sind.

Als geeignetste Vorschrift zur Herstellung obiger Salbe in größeren Portionen hat sich folgende Methode erwiesen: Hg O wird nach Vorschrift gefällt und der hellgelbe Niederschlag bis zum Verschwinden der Chloridreaktion durch Dekantieren ausgewaschen. Dann verdrängt man das Wasser durch 90%igen Alkohol, diesen durch Aether-Weingeist. Zuletzt wird mit reinem Aether ausgewaschen. Dieses noch feuchte Präzipitat wird nun direkt mit der Vaselin. americ. alb. gemischt, der Aether durch ganz leichtes Erwärmen völlig verjagt und das ganze auf eine 10%ige Salbe mit Vaselin gebracht. Nur auf diese Weise ist es möglich, eine einwandfreie Salbe zu erhalten, in der sich das Quecksilberoxyd in feinster Verteilung befindet. Die Salbe ist gleichzeitig völlig wasserfrei, die Haltbarkeit dadurch eine unbegrenzte. — (Korresp.-Blatt f. Schweiz. Aerzte Nr. 20, 1903.) Dr. Springer, Breslau.

Convallaria majalis.

Die als Zierpflanze so beliebte Convallaria majalis (Springauf, Maiglöckchen) enthält bekanntlich zwei toxische Glykoside, Convallamarin und Convallarin. Viele Intoxikationen, besonders bei Kindern, sind sicherlich auf das Konto dieser Pflanze zu setzen, und es scheint gerade eben zur Blütezeit geboten, näheres hierüber mitzuteilen. Pouchet und Chevalier haben neuerdings festgestellt (Nouv. remèdes), daß Convallamarin ein ausgesprochenes Herztonikum, Convallarin dagegen ein starkes Purgativum ist und daneben reizend auf die Nieren wirkt. Beide bewirken schließlich Herzstillstand. Als maximale Dosis gilt für das giftigere Convallamarin 0·06, als letale Dosis 0·5 g. Als Antidota werden empfohlen: Emetica, Magenpumpe, Wein, Camphora. Infusa und Tinkturen von Convallaria majalis werden vielfach als Volksmittel gebraucht, seine toxischen Eigenschaften lassen Vorsicht aber ganz besonders geboten erscheinen. Dr. Springer, Breslau.

Digitalis.

Von den in Europa heimischen beiden Arten D. purpurea und grandiflora haben die Pharmakopöen bisher nur die erstere zugelassen. Nach neueren Untersuchungen von Boudgest steht jedoch die durch eine gelbe Korolle ausgezeichnete D. grandiflora der purpurea an Wirksamkeit nicht nach. Diese Ansicht ist schon

Digitized by Google

früher öfters laut geworden, so daß eigentlich kein Grund mehr vorliegt, die Blätter dieser Art aus dem Arzneischatze auszuschließen. — Von den drei Glykosiden Digitalin, Digitaleïn und Digitoxin ist wahrscheinlich das letzte der wirksamste Faktor. Dr. Springer, Breslau.

Alkoholvergiftungen.

Der Alkohol wird im Organismus schnell verbrannt und es verdient daher der folgende Fall wegen der verhältnismäßig hohen Alkoholzahlen ganz besondere Beachtung. Ein wohlhabender Stellenbesitzer in der Nähe Breslaus, Gewohnheitstrinker, war plötzlich verstorben. Die Sektion der Leiche ergab keinen Anhalt für ein Vergiftung und auch bei der chemischen Untersuchung der Organteile konnten weder flüchtige, noch metallische oder alkaloidische Gifte gefunden werden. Dagegen gelang der Nachweis beträchtlicher Mengen Alkohol. Es wurden gefunden in:

1800 g Magen und Darm	6·92 g
1360 „ Lungen und Herz	4·76 „
1100 „ Leber, Milz, Nieren . . .	3·10 „
1250 „ Gehirn	4·38 „
75 cm³ Urin	0·30 „
Summe . .	19·46 g

In einem anderen Falle wurden aus 850 g Organteilen eines noch nicht einjährigen Kindes einer Sachsengängerin 1·31 g absoluter Alkohol abgeschieden. Das Kind stammte von Polen, die bekanntlich ihren Kindern von der ersten Lebenswoche an regelmäßig Alkohol geben, um sie in guter Laune, bezw. in Ruhe zu erhalten. [Probatum est!?] — (Ber. d. chem. Untersuchungsamtes der Stadt Breslau.)

In einem anderen Falle klagte ein im Aspirinbetrieb der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Cie. in Elberfeld beschäftigter Arbeiter eines Vormittags über heftige Kopfschmerzen und starb noch an demselben Tage abends. Bei der chemischen Untersuchung der Organteile wurden außer geringen Mengen Alkohol kein Gift, insbesondere kein Aspirin, in denselben gefunden. — (Ber. d. chem. Untersuchungsamtes der Stadt Elberfeld, 1903)

Der Nachweis des Alkohols wird folgendermaßen erbracht: Die Organteile werden mit Weinsäure schwach ausgesäuert und dann im Mitscherlichschen Apparate der Destillation mit Wasserdämpfen unterworfen. Hiebei gehen natürlich neben Wasser alle leichtflüchtigen Substanzen über. Dieses Destillat wird mit einigen Körnchen Jod und etwas Natronlauge erwärmt. Ist Alkohol zugegen, so tritt sofort Jodoformbildung ein, erkenntlich am Geruch, und es scheiden sich die für Jodoform typischen hexagonalen Blättchen und Ordenssterne aus. Zur quantitativen Bestimmung des Alkohols wird die Destillationsflüssigkeit zur Bindung organischer Säuren mit Kaliumkarbonat neutralisiert und destilliert. Dies Destillat wird dann noch zur Bindung der Pyridinbasen mit Aluminiumsulfat versetzt und mit Hilfe eines Dephlegmierapparats in ein gewogenes Pyknometer destilliert. Auf diese Weise ist es einfach, das spezifische Gewicht und hieraus den Alkoholgehalt zu ermitteln.

Schließlich erhitzt man die Destillate noch am Dephlegmierrohr und entzündet die Gase, wobei die für Aethylalkohol charakteristische bläuliche Flamme erscheinen muß.

Dr. Springer, Breslau.

Unverträgliche Arzneimischungen. Von M. Beringer.

Holocaïn. hydrochl. Wässerige Lösungen werden infolge der Alkaleszenz der Gläser oft opalisierend.

Diuretin wird durch Aufnahme von Kohlensäure aus der Luft leicht trübe. Durch einige Tropfen Natronlauge tritt wieder Lösung ein.

Alkaloidhaltige Infusa werden durch tanninhaltige Ingredienzien derart verändert, daß ein Teil der Alkaloide als Tannat ausfällt.

Alkaloide werden unter gewöhnlichen Verhältnissen weder durch Salizylsäure, noch durch Borsäure, wohl aber durch eine Lösung beider Körper gefällt; ausgenommen Morphium und Kodein. — (Amer. Drugg. d. Ph. Ztg. 855, 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

Digitized by Google

II. Diagnostik.

a) Lunge.

Ueber aktinomykotische fibrinöse Bronchitis, ein neues Symptom der Lungenaktinomykose. Von Dr. Finckh.

Bei einem auf der Klinik Bruns beobachteten Falle von primärer Lungenaktinomykose konnte Vf. das Vorhandensein von verzweigten Fibringerinseln im Sputum konstatieren, die sich bei der genaueren Untersuchung als die Ausgüsse des Bronchialbaumes erwiesen. Die stärkeren Partien bestanden aus Fibrin, die feineren Verästelungen aus Schleim, in den Schleimfäden und an den Teilungsstellen der Aeste saßen in großer Menge die charakteristischen Aktinomyzeskörner. Die Entleerung der Gerinsel wiederholte sich während des Aufenthaltes im Spital zwölfmal. Nach Ansicht des Vf. dürfte dieser Befund im Sputum von Patienten mit Lungenaktinomykose nicht selten sein. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 41, H. 3.) E.

Beiträge zur Beurteilung der Tuberkulinreaktion. Von Dr. H. Schmidt.

Da der diagnostische Wert des Tuberkulins noch nicht sicher feststeht, indem oft nichttuberkulöse Individuen reagieren, anderseits auch tuberkulöse manchmal keine Reaktion aufweisen, so machte Vf. Probeinjektionen an Patienten, von denen es wahrscheinlich war, daß sie im Spital (Hamburg-Eppendorf) zur Obduktion gelangen würden. Er injizierte 1 mg und nach vier bis fünf Tagen 5 mg des Koch'schen Alttuberkulin. Von acht Fällen stimmte fünfmal der Sektionsbefund mit dem Ausfall der Tuberkulinreaktion (drei Fälle ohne Reaktion — keine Tuberkulose; zwei Fälle Reaktion — Tuberkulose); in drei Fällen stimmte er nicht überein (zweimal Reaktion ohne Tuberkulose, einmal trotz Tuberkulose keine Reaktion).

In zwei weiteren Fällen trat nach der probatorischen Injektion rapide Verschlimmerung des Prozesses (Lepra, bezw. Tuberkulose der serösen Häute) auf, die Vf. auf das Tuberkulin zurückführt und die auch beidemale zum Exitus führte.

Vf. meint also nach seinen Erfahrungen, daß man in der Beurteilung des Ausfalles der Tuberkulinreaktion vorsichtig sein müsse, sowie daß dieses unter Umständen direkt schlecht auf den Prozeß einwirken könne. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 18, 1904.) Baer.

b) Magen.

Die Temperatur und Sekretion des Magens bei einer Frau mit Magenfistel. Von Dr. Giovanni Galli. (Med. Klinik Rom. G. Baccelli).

G. hatte die glückliche Gelegenheit, seine Untersuchungen bei einer sonst gesunden Frau anzustellen, die spontan eine Magenfistel bekommen hatte, während die bisher beschriebenen Fisteln entweder bei Personen, die an Krebs erkrankt waren und durch Operation eine Magenfistel bekommen hatten, oder bei solchen, die sie durch Schußverletzung akquiriert hatten, sich fanden. Die 41jährige Patientin war bis Oktober 1902 gesund, begann dann abzumagern, während ihr Abdomen merklich dicker wurde. August 1903 wurde ihr ein 20 dg schweres Zystosarkom aus dem Abdomen entfernt. Die Wunde heilte erst nach drei Monaten, blieb zwei Monate geschlossen, bis sich 1 cm über dem Nabel auf der Narbe ein Wärzchen mit einer zentralen, kaum 2 mm breiten Oeffnung bildete, die in den Magen führte. Mittels eines eingeführten Thermometers studierte G. die Magentemperatur und fand:

1. die Magentemperatur stets höher als die in der Achselhöhle;

2. der leere Magen hatte die gleiche oder sogar eine höhere Temperatur als der volle; Maximalschwankung 1·1°;

3. die Rektaltemperatur war annähernd gleich der des Magens;

4. nach Einführung von $^1/_2$ l Milch von + 3° brauchte der Magen ungefähr eine Stunde, um seine gewöhnliche Temperatur wieder zu erreichen; niedrigste Temperatur: 28°;

5. war die Milch auf 54° erhitzt, so betrug die Maximaltemperatur im Magen

Digitized by Google

40·3°; auch hier in einer Stunde wieder normal;

6. die Prüfung der sekretorischen Tätigkeit ließ G. eine Saftabsonderung der Magendrüsen finden, die vom Reiz der Nahrung unabhängig war, da sie sich bei vollkommen leerem Magen zeigte und die auch weder eine psychische noch reflektorische Ursache hatte;

7. die Gesamtazidität nahm während der Verdauung regelmäßig zu und erreichte nach fünf Stunden das Maximum;

8. die freie H Cl konnte unter 13 Versuchen nur viermal gefunden werden, was besonders bemerkenswert ist, da es zeigt, daß freie H Cl nicht immer während der Verdauung vorhanden;

9. fehlte freie H Cl, so konnte nach Einführung von Salol in den Magen nie die Salolprobe im Magensaft positiv gefunden werden, auch wenn sie im Urin acht Stunden lang deutlich war, woraus hervorgeht, daß in diesen Fällen das Salol erst im Darm gespalten wurde.

Nach zehn Tagen schloß sich die Fistel spontan. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16, 1904.) F. L.

c) Darm.

Zur Diagnose der Wurmfortsatzeinklemmung. Von Prof. Dr. Sprengel.

Vf. hat drei Fälle von Einklemmung des Wurmfortsatzes beobachtet. Wie in den wenigen, in der Literatur bekannten Fällen, hat auch Vf. die Diagnose nicht gestellt, im dritten Fall ist er aber der Diagnose nahe gekommen und glaubt die beobachteten Symptome für zukünftige Fälle verwerten zu können.

Es handelte sich um eine 32jährige Frau, die drei Tage vor der Aufnahme mit heftigen Schmerzen rechts unten erkrankt ist. Seit zwei Tagen kein Stuhl. Bei der Untersuchung fand sich erstens eine Resistenz zwischen Rektumrand und Ligam. inguin., zweitens war die Fovea ovalis ausgefüllt; ob von einer davor liegenden Drüse oder von einer im Schenkelkanal liegenden Bruchgeschwulst, ließ sich nicht konstatieren. Bei der vorgenommenen Laparatomie wurde eine Schlingeneinklemmung des Wurmfortsatzes gefunden, mit zwei Schnürfurchen und mit Gangrän der im Abdomen liegenden Spitze. Resektion. Heilung.

Vf. glaubt, daß man in denjenigen Fällen, bei welchen einerseits eine Resistenz in der Appendixgegend, anderseits eine Beteiligung des Schenkelkanals gefunden wird, entweder an eine Appendizitis im Bruchsack oder an eine Inkarzeration des Wurmfortsatzes zu denken ist. Besteht gleichzeitig nach einwärts vom Schenkelkanal ein intraperitoneales Exsudat, so legt das die Möglichkeit der allerdings sehr seltenen Schlingeneinklemmung des Wurmfortsatzes nahe. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 72, H. 1—3.) E.

d) Leber.

Zur Pathologie des Ikterus. Von Prof. Dr. Adolf Ott, Prag.

Vf. äußert sich über seine Erfahrungen, die er bei jener Form des Ikterus gemacht hat, welche durch länger andauernde Obstipation und dadurch im Colon transversum zustande gekommene Fäkalanhäufung entsteht, wobei durch den Druck, der auf den Ductus choledochus einwirkt, eine Behinderung des Gallenabflusses, Gallenstauung und durch Uebergang eines Teiles der Gallenbestandteile ins Blut Ikterus entsteht. Diese Form des Ikterus kann leicht zu Verwechslungen mit anderen und damit zu irrtümlicher Diagnose und Therapie führen. Erstens ist Verwechslung mit Icterus catarrhalis oder mit tieferen chronischen Erkrankungen des Lebergewebes, dann irrtümliche Annahme einer Gallensteinkolik möglich, namentlich dann, wenn die mit Ikterus einhergehenden Schmerzanfälle nach schmerzhaften Intervallen erneut wieder auftreten; die auftretenden Kolikschmerzen können auch fälschlich auf den Magen, statt auf den Darm bezogen werden, namentlich wenn der Ikterus nicht stark zur Entwicklung gekommen ist und gastrische Erscheinungen, Uebelkeit, Erbrechen den Schmerzanfall begleiten; schließlich kann eine irrtümliche Auffassung in den Fällen herrschen, wo die Kolikschmerzen mit wiederholtem dünnflüssigen Stuhlgang oder wenigstens mit

Digitized by Google

fortgesetzter Neigung zu solchem mit Stuhldrang einhergehen.

Die Erscheinungen, unter welchen der infolge der Kompression des Ductus choledochus durch das mit Fäkalmassen gefüllte Colon transversum entstandene Ikterus auftreten kann, lassen sich in drei verschiedene Krankheitsbilder abgrenzen:

1. Andauernd gastrische Störungen neben hochgradiger Obstipation bei allmählich zunehmendem, meist längere Zeit hindurch bestehendem, intensiver entwickeltem Ikterus.

2. Mäßige Dyspepsie mit andauernder Obstipation, kürzer bestandenem geringeren Ikterus, wozu sich plötzlich kolikartige Schmerzen gesellen und dem Zustand einen akuten Charakter aufprägen.

3. Die gleichen Erscheinungen wie unter 2., vermehrt durch das Hinzutreten andauernden Stuhldranges, diarrhöischer Entleerungen.

Die Therapie ist eine rein kausale und führt leicht zum Ziele. — (Med. Woche Nr. 209, Jänner 1904.) F. L.

Ueber alimentöse Lävulosurie bei Leberkranken. Von Dr. B. Chajes.

C. ergänzt die von H. Strauß, Baylac und Arnaud und Anderen gemachten Angaben, daß Leberkranke gegenüber der Lävulose ausgesprochene Intoleranz zeigen, durch 21 neue Versuche. Es stellt sich dadurch heraus, daß bei 84 klinisch als leberkrank erwiesenen Personen 86·9% alimentäre Lävulosurie zeigten, während bei 99 klinisch nicht Leberkranken dieses Resultat nur in 15% eintrat. Es ist also diese Reaktion von hohem diagnostischen und physiologischen Interesse. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19, 1904.) E. S.

Ein Fall von Wanderleber beim Manne. Von Dr. E. Mayer.

Bei einem wohlgenährten, über Druck in der Lebergegend klagenden Manne fühlt man bei aufrechter Stellung des Kranken — in Horizontallage nicht — einen großen Tumor in der Gegend des Druckgefühles. Die obere Grenze des Tumors befand sich 9 cm unterhalb des Schwertfortsatzes, die Höhen- und Breitenmaße des Tumors betrugen 16, bezw. 24 cm. Der Tumor fühlte sich hart an, war glatt und gegen die Bauchdecken leicht verschiebbar. Der Verdacht auf einen beweglichen Nierentumor wurde abgewiesen, nachdem am stehenden Patienten in der Gegend, wo in Horizontallage die Leberdämpfung sich befand, lauter tympanitischer Schall auftrat. Die Repositionsmöglichkeit des Tumors machte den Verdacht auf Wanderleber noch stärker. Das Röntgen-Bild bewies die Richtigkeit dieser Annahme; es fehlte der Leberschatten unterhalb des Zwerchfelles, dagegen tritt einige Zentimeter tiefer ein deutliches Schattenbild von der Konfiguration der Leber auf. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16, 1904.) E. S.

e) Pankreas.

Beitrag zur Pathologie, Therapie der Pankreaserkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Zysten und Steine. Von Dr. P. Lazarus.

Diagnose der Pankreolithiasis: Die Grundpfeiler derselben bilden: 1. der Nachweis von Pankreassteinen in den Fäzes, 2. der Diabetes mellitus, 3. die Pankreaskolik.

Ad 1. Bei der Kleinheit und bei der weichen oder mörteligen Konsistenz der meisten Pankreassteine erfordert ihr Nachweis eine äußerst sorgfältige und lange fortgesetzte Stuhluntersuchung. Die Pankreassteine enthalten keinen Gallenfarbstoff, wenig oder gar kein Cholestearin, viel kohlensaueren oder phosphorsaueren Kalk und sind niemals facettiert. Kotsteine oder Darmsteine unterscheiden sich dadurch, daß sie Speisereste, insbesondere Pflanzenbestandteile enthalten, und die Darmsteine wenigstens, fast ausschließlich aus phosphorsauerer Ammoniakmagnesia bestehen. Leider sind die Steine nur sehr selten zu finden. Auch durch Röntgen-Untersuchung lassen sich manchmal Pankreassteine nachweisen, welche gewöhnlich im Drüsenkopf, also rechts von der Wirbelsäule, eingelagert sind und für die Strahlen undurchlässiger sind als die cholestearinreichen Gallensteine.

Digitized by Google

Ad. 2. Der Diabetes mellitus, alimentäre Glykosurie und intermittierende Zuckerausscheidung findet sich in 15% der Fälle. Schwerer Diabetes mellitus weist auf tiefgreifende Zerstörung der Drüse hin und erscheint erst in den späteren Stadien der Krankheit, in den Frühstadien ist die vorübergehende Glykosurie nach dem Anfalle charakteristisch. Die Glykosurie nach Cholelithiasis rührt möglicherweise von einer Miterkrankung des Pankreas her.

Ad 3. Die Pankreaskolik ist nicht so beweisend als die vorgenannten Punkte, denn sie kann ebensogut bei entzündlichen Pankreasaffektionen vorkommen als bei Steinen fehlen. Der Schmerz sitzt gewöhnlich im linken Hypochondrium oder zwischen Schwertfortsatz und Nabel, wird auch hinter dem Magen und in der Kreuzgegend heftig empfunden. Er strahlt meist längs des linken Rippenbogens bis zur Wirbelsäule und bis zum linken Schulterblatte aus, während die Lebergegend frei bleibt. Die Leber ist weder vergrößert, noch schmerzhaft. Ikterus kann auch bei Pankreassteinen, wenn sie in die Mündung des Ductus Wirsungianus eingeklemmt sind, entstehen, und die ganze Symptomatologie einer Cholelithiasis gleichen. Uebrigens kommen ziemlich häufig Gallen- und Pankreassteine gleichzeitig vor.

Die Pankreolithiasis unterscheidet sich von der Cholelithiasis noch dadurch, daß erstere vorwiegend eine Erkrankung der vorgerückten Jahre und des männlichen Geschlechtes ist.

Da die Pankreassteine häufig mit Verlegung der Ausführungsgänge oder Schwund des Drüsengewebes verbunden sind, kann die Sahli'sche Glutoidmethode diagnostische Anhaltspunkte geben, da die Glutoidhülle der mit Jodoform gefüllten Kapseln im Dünndarm nur bei normaler Pankreasverdauung gelöst wird, so daß 3—4 Stunden nach der Einnahme bereits Jod im Mundspeichel nachweisbar wird. Die Indikanverminderung und das Auftreten von Maltose im Harn ist kein eindeutiges Symptom für das Fehlen des Pankreassekrets.

Wertvoll ist ferner der Nachweis einer druckschmerzhaften Pankreasschwellung. Speichelfluß und Diarrhöen können im Zusammenhang mit anderen Symptomen die Diagnose stützen. Verwechslungen mit Gastralgien und Nierenkoliken sind nicht immer auszuschließen. Bei ersteren achte man auf den Zusammenhang der Schmerzen mit der Nahrungsaufnahme, Erbrechen, Hämatemesis, Meläna. Der Nierenkolikschmerz sitzt in der Lumbalgegend und strahlt gegen Blase und Genitale aus. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 60, H. 3 u. 4.) E. S.

f) Niere und Harnblase.

Beitrag zur Kasuistik und Aetiologie der Zystinurie. Von Wasserthal, Karlsbad.

Seit der ersten Publikation Wollastons aus dem Jahre 1805 überblickt Vf. 114 Einzelbeobachtungen von Zystinurie, darunter 70% bei Männern, wahrscheinlich weil die weiblichen Fälle unter leichteren Symptomen verlaufen, daher oft unbemerkt bleiben können. Jedenfalls handelt es sich um eine seltene, besser gesagt selten erkannte Erkrankung, die vorzüglich durch eine eigenartige Stoffwechselstörung bedingt und durch Verdichtung und Kristallisation des ausgeschiedenen Zystins zu Konkrementen manifest wird. Diese Zystinsteine lassen sich radiographisch leicht nachweisen. Infolge ihres hohen spezifischen Gewichtes ist ihr Schatten stark saturiert, stärker als bei Uraten, weniger als bei Phosphaten und Oxalaten (Kienböck). Man findet selten reine Zystinsteine, meist solche mit Uraten um den Zystinkern. Der reine Stein ist gelblich, weich, ritzbar, glatt oder chagriniert, im Querschnitt kristallinisch glänzend, wachsartig, weshalb das Zertrümmern der Steine leicht gelingt.

Ob das Zystin, bekanntlich ein Eiweißspaltungsprodukt, normaliter einen Bestandteil des Harnes darstellt oder sich nur pathologisch, insbesondere bei gestörtem Stoffwechsel findet, ist noch nicht entschieden. Auch das wiederholt beobachtete familiäre Vorkommen, das den Prozeß

Digitized by Google

als einen kongenitalen vermuten lassen könnte, bringt keinen Aufschluß, daher die Annahme einzelner Autoren, Zystin sei ein normaler Bestandteil, nur seien die uns bekannten Methoden des Nachweises unzulänglich. Ebenso ist der Entstehungsort des Zystins im Organismus unklar, es wurde in Leber, Nieren, Schweiß, Stuhl etc. gefunden. Von anderen Seiten wird die Zystinurie in Zusammenhang mit der Gicht gebracht, meistenteils aber doch als Stoffwechselanomalie aufgefaßt. Letztere Ansicht wird durch die gleichzeitig bestehende Diaminurie (speziell des Brieger'schen Putreszin und Kadaverin) gestützt. Wir stehen nun vor der Frage, welche Form, die Zystinurie oder die Diaminurie, eigentlich die primäre Störung darstelle oder ob beiden eine gemeinsame Ursache zugrunde liege, speziell eine bakteritische. Die Koinzidenz mit Gelenksrheumatismus und die wiederholt nachgewiesenen Bakterien scheinen zu Gunsten letzterer Auffassung zu sprechen. Vf. selbst verfügt über einen Fall, bei welchem nach Ablauf eines akuten Gelenksrheumatismus eine plötzliche Urinretention, verursacht durch einen eingekeilten Zystinstein, aufgetreten war, und hält den Zusammenhang zwischen dem durch eine Infektion hervorgerufenen Rheumatismus und der nachfolgenden Zystinurie für einen Fingerzeig auf dem dunklen Wege der Erforschung dieser Krankheitsbilder. — (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane, Bd. 15, H. 3, 1904.)

Einen Fall von Zystinurie mit Zystinsteinen. Von Riegler, Jassy.

Bei einer 24jährigen abgemagerten, anämischen Patientin fanden sich im Sediment des im übrigen normalen Harnes tafelförmige, hexagonale Kristalle, die auf Grund des chemischen Befundes als Zystin anzusprechen waren. R. untersuchte weiters auf Diamine, von denen er Pentamenthylendiamin und Tetramenthylendiamin nachweisen konnte. Gleichzeitig bestanden gastro-intestinale Störungen, Schmerzen in der Blase und Urethra, verursacht durch in letzterer steckende Steinchen; dieselben wurden extrahiert und untersucht: kleine gelbliche, durchscheinende, ritzbare Steine, in Ammoniak löslich, nach dem Verdunsten in hexagonale Tafeln aufgehend, Zystinsteine, offenbar aus Zystinniederschlägen gebildete Konglomerate.

Auch dieser Vf., der in der Literatur 60 Fälle gefunden, vermutet einen Zusammenhang zwischen den erwähnten gastro-intestinalen Störungen und der Zystinurie. Erstere sollen die Folge von fermentativen Prozessen sein, welche sich unter dem Einflusse von Mikroben im Darmkanal abspielen und wohl auch die Ursache der Bildung der Diamine sind. In der Folge findet eine Resorption der Diamine ins Blut und Ausscheidung derselben durch den Harn statt. In der Tat erscheint diese Annahme in dem in Rede stehenden Fall ex iuvantibus berechtigt, indem alle Symptome auf Desinfektion des Darmes mit Kalomel, nachher Salol, Naphtol, Aqu. chloroform. und Wasserklysmen schwanden; ein Fingerzeig, bei langwierigen gastro-intestinalen Störungen an Zystinurie zu denken. — (Mediz. Blätter Nr. 3, 1904.)

Rich. Grünfeld.

g) Weibliches Genitale.

Beitrag zur Kenntnis des Sarcoma labii majoris. Von Dr. Agnes Bluhm.

Ein 21jähriges Mädchen weist in der Tiefe des Vestibulums eine kleinhühnereigroße Geschwulst auf, welche als Retentionszyste der Bartholinischen Drüse angesprochen wird. Die Geschwulst wurde exstirpiert und die Wundhöhle mit versenkten Katgutnähten zum Ausgleich gebracht.

Die mikroskopische Beschau ergab, daß es sich um ein Neoplasma handelte, das sich aus büschelförmigen Zügen von Spindelzellen, gewucherten Blut- und Lymphkapillaren und Riesenzellen zusammensetzte und hiemit die Einreihung in die Gruppe der Sarkome rechtfertigte. Schleimig degenerierte Parzellen begründen außerdem die nähere Bezeichnung als S. myxomatosum.

Bei der Seltenheit ähnlich lokalisierter Bindegewebsgeschwülste ist der Fall im-

Digitized by Google

merhin als lehrreicher Zuwachs der Kasuistik zu begrüßen. Aus der Gesamtliteratur konnte Vf. nur neun sichere Fälle zusammenstellen, diese gliedern sich je nach dem Ausgangspunkte von der Kutis, dem Unterhautzellgewebe oder den tiefen Faszien in drei Gruppen. Eine vierte Klasse würde mit dem zitierten Falle inauguriert werden. Die von Honau formulierten Bedingungen, die ein Tumor erfüllen muß (Ueber die Karzinome der Glandulae Bartholini J. D., Berlin 1897) um sich, als von der Vulvavaginal-Drüse abstammend zu legitimieren, fand Vf. meist zutreffend. Nur der Nachweis normalen Drüsengewebes innerhalb des Tumors konnte nicht erbracht werden. Wert wird auf das Vorhandensein einer abziehbaren Bindegewebskapsel gegenüber jenen Labialtumoren gelegt, welche von der Kutis resp. dem Periost aus zur Entwicklung gelangen. Eine Geschwulst ähnlicher Provenienz hat nur Bruhn einmal beobachtet. Die Prognose dieser Geschwülste ist nicht als völlig infaust anzusehen. Trotz Veits Behauptung, daß die Sarkome der Vulva kaum jemals zu dauernder Heilung gebracht werden können, illustrieren die Beobachtungen von Maaß, Bruhn und dieser Fall von Bluhm das Zutreffen auch günstigerer Verlaufsweisen. — (Arch. f. Gynäkol., Bd. 71, H. 1.) N.

Zur Kenntnis der syphilitischen Veränderungen der Vagina und Vaginalportion. Von J. H. Rille.

Die Beobachtung von Primäraffekten der Vagina ist eine relativ seltene, was dadurch bedingt sein könnte, daß die größere Festigkeit des Plattenepithels, das häufige Vorhandensein von Sekretmassen in der Vagina, welche teils als Ueberzug, teils vielleicht auch chemisch oder verdünnend wirken, endlich die Verschiebbarkeit der Vaginalwände hiebei eine Rolle spielen.

Klinisch handelt es sich in der Regel um die sogenannte Pergamentinduration, die leicht wegen ihrer geringen Ausdehnung oder ihrer Lokalisation in Furchen oder Vertiefungen der Columna übersehen werden kann; sonst kommen auch hier dem Primäraffekt die gewöhnlichen Charaktere der Sklerosen an Schleimhäuten zu. Drüsenschwellung ist äußerlich, d. h. in inguine, nur zu konstatieren, wenn die Sklerose im untersten Drittel der Vagina liegt, weil die Lymphwege der oberen zwei Drittel gegen das kleine Becken zu führen.

Auch der weiche Schanker ist nicht häufig in der Vagina lokalisiert; er ist von der Sklerose durch den dichten Eiterbelag und die periphere Entzündungsröte leicht zu trennen. Die Beobachtung sekundärer oder tertiärer Syphiliserscheinungen in der Vagina ist ebenfalls eine seltene.

Häufiger als in der Vagina, ist der syphilitische Primäraffekt an der Vaginalportion anzutreffen. Das Aussehen ist in typischen Fällen charakteristisch. Es besteht ein planer, nicht in die Tiefe gehender Substanzverlust mit braunrot glänzender oder teilweise grauweiß bis graugelb belegter Oberfläche. Der Belag ist schwer abstreifbar. Eine Prüfung der Konsistenz ist nicht gut möglich, insbesondere ist auch deshalb nicht viel davon zu erwarten, weil ja die Portio von Natur aus sich derb anfühlt. Gerade diese Sklerosen bleiben begreiflicherweise oft unbemerkt und werden so die Quelle zahlreicher Uebertragungen.

Die Diagnose hat ansonst Erosionen, Herpes genitalis mit dem Sitze an der Portio, das weiche Geschwür, ja auch das Karzinom abzugrenzen, was mitunter auch dem Geübten sehr schwer fallen kann. Therapeutisch empfiehlt R. Pinselungen mit Lapislösung und Jodoformgazetampons. (Wir vermissen hier die lokale Applikation von Quecksilberpräparaten, die uns wenigstens sehr gute Dienste leisteten.) Sekundäre und tertiäre Veränderungen mit der Lokalisation an der Portio bieten keine häufigen Befunde. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17, 1904.) D.

b) Nervensystem.

Zur Zytodiagnostik bei Tabes und progressiver Paralyse. Von Dr. H. S. Frenkel.

Nach Widal, Sicard und Ravent findet sich bei Tabes konstant eine Ver-

Digitized by Google

mehrung der zelligen Elemente im Liquor cerebrospinalis. Man zentrifugiert zu diesem Zwecke 3 cm^3 des durch Lumbalpunktion gewonnenen Liquors durch zehn Minuten, gießt dann die Flüssigkeit vorsichtig ab und führt in das dauernd mit der Mündung nach unten gehaltene Reagenzgläschen eine fein zulaufende Glaskapillare bis zum oberen geschlossenen Ende des Gläschens ein. Die daselbst haftende geringe Menge des Zentrifugats saugt sich durch Kapillaritätswirkung von selbst in das Glasröhrchen ein. Die darin enthaltene Flüssigkeit wird auf drei Deckgläschen ausgeblasen, getrocknet, fixiert und gefärbt. Vf. fand gerade in den Anfangsstadien der Tabes stärkste Lymphozytose. Für die Frühdiagnose bildet diese Zellvermehrung ein wichtiges Moment. Bei weit vorgeschrittenen Fällen ist die Lymphozytose geringer, doch noch immer deutlich. Dasselbe gilt von der progressiven Paralyse. Die Punktion ist leicht und gefahrlos. Man gebrauche nur dünne Nadeln von 0·7—0·8 mm äußerem Durchmesser, damit nicht nachträglich noch durch die Stichöffnung in der Dura Flüssigkeit in das umgebende Gewebe nachsickere. — (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 15, H. 5.) Rosenthal.

Einige Ergebnisse der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Luetischen. Von W. Funke.

Die Anregung zu diesen Untersuchungen boten die Mitteilungen französischer Forscher über zytologische Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit bei verschiedenen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, deren Ergebnis im wesentlichen dahin zusammenzufassen ist, daß alle auf Syphilis zurückzuführenden Erkrankungen des Zentralnervensystems, insbesondere Tabes und Paralyse, einen abnormen Reichtum der Zerebrospinalflüssigkeit an mononukleären Leukozyten aufweisen. Es darf daher umgekehrt in einem zweifelhaften Falle aus dem Vorhandensein einer Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit auf die Syphilisnatur des betreffenden Prozesses geschlossen werden. Gerade diese Fälle aber bilden nicht den Gegenstand der vorliegenden Untersuchungen des Autors, vielmehr war es ihm darum zu tun, nachzuweisen, ob sich ähnliche oder andere Veränderungen auch bei jenen Fällen von Lues zeigen, die irgendwelche nervöse Erscheinungen darbieten. Zumeist handelte es sich um Kopfschmerzen bei rezenter oder gummöser Lues (Periostitis der Schädelknochen, Ulzerationen am harten oder weichen Gaumen), zwei Fälle von Lues hereditaria und endlich elf an nicht luetischen Kranken vorgenommene Kontrolluntersuchungen, meist Hautkranke, welche momentan mehr oder weniger an heftigen Kopfschmerzen litten. Alle diese Untersuchungen hatten ein negatives Resultat. Wenn nun auch der Autor sich gar nicht damit beschäftigen konnte, ob die Lymphozytose tatsächlich ein konstantes Symptom bei allen Erkrankungen des Nervensystems infolge von Lues ist, so konnte er anderseits entschieden verneinen, daß dieser Befund etwa auch für die nervösen Erscheinungen der frühen Stadien der Syphilis gelte. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., LXIX., 3.) D.

i) Haut.

Zur Kenntnis des Erregers der Dermatitis coccidioides. Von Dr. Erich Cohn.

Die fortschreitende Erhebung pathologischer Befunde, bei welchen protozoenähnliche Gebilde eine größere als nur zufällige Rolle zu spielen scheinen, hat sowohl zur genauesten Exploration in der Richtung verdächtiger Krankheitsfälle, als auch zur exakteren Feststellung des pathogenen Vermögens dieser niedersten Lebewesen geführt. In reichlichster Zahl laufen die Nachrichten hierüber aus Amerika ein, wo sicherlich nicht die schärfere Beobachtungsgabe für sich allein die Summierung der Wahrnehmungen bedingen dürfte. Zweifellos scheinen hiebei dem Erdteil eigentümliche Verhältnisse mitzuwirken, mit deren Bestimmung Dermatologen und Internisten gleich eifrig beschäftigt sind.

Meist handelt es sich um die Kombi-

Digitized by Google

nation einer Hauterkrankung, welche der als Mykosis fungoides bekannten ähnlich sein soll, mit schweren Erscheinungen von Seiten der inneren, insbesondere der Respirationsorgane. An die minder genaue Beschreibung Wernickes aus Südamerika (1890) schlossen sich die präziseren Feststellungen von Rixford und Gilchrist (1896) und Posadas an, die jedoch insgesamt die von ihnen aufgefundenen Krankheitserreger als Kokzidien ansprachen.

Die wirkliche Stellung jener eigentümlichen Parasiten ist erst im Jahre 1900 von Ophüls und Moffitt erkannt worden, indem es diesen Forschern gelang, den Uebergang der kokzidienähnlichen Körper in das Myzel eines Schimmelpilzes zu beobachten, und mit diesem wieder im Tierkörper (bei Meerschweinchen) Krankheitsprozesse unter dem Befunde obiger Erscheinungsformen hervorzurufen, so daß also der Kreislauf vollständig geschlossen war. Ungefähr zu derselben Zeit gelangte ein weiterer Fall dieser an sich seltenen Erkrankung in die Beobachtung D. W. Montgomerys, der ebenfalls auf seiner Kultur das Wachstum eines Schimmelpilzes wahrnahm, während die Uebertragung auf das Tier (in diesem Falle ein Kaninchen) mißglückte. Das genauere Studium des Pilzes unterblieb indessen, da seine Bedeutung dem Beobachter damals noch unbekannt war, und er erst durch die Veröffentlichung von Ophüls und Moffitt auf sie aufmerksam wurde. Montgomery hat es jedoch nicht versäumt, in einem anderen Falle, der kurze Zeit darauf in seine Behandlung kam, die Untersuchung des Schimmelpilzes nachzuholen, und es gelang ihm, denselben wiederum zu züchten.

In diesem Falle handelte es sich um einen tuberkulös nicht belasteten, seit 50 Jahren in Amerika ansässigen Schweizer, der seit sieben Jahren an elephantiasischen Schwellungen an den Armen, Beinen etc. litt und zur Zeit der Aufnahme (1901) ein papulo-pustulöses Exanthem und Pigmentresiduen darbot. Eine antiluetische Kur hatte keinen Erfolg, ebensowenig die Heranziehung antiparasitärer Salben. Eine Besserung wurde mittels Röntgen-Strahlen erzielt. Doch konnte auch damit der Eintritt einer schweren Allgemeininfektion nicht verhindert werden, die binnen kurzem zum Tode führte. Die Biopsie ergab: tuberkelähnliche Knötchen in Lungen, Nieren (Granulationsgewebe mit Riesenzellen) mit kokzidienähnlichen Einschlüssen. Diese Gebilde hatte M. schon ein Jahr vor dem Tode des Patienten in exzidierten Hautstücken gefunden und daraufhin die Diagnose: „Dermatitis coccidioides" gestellt.

Vf. fand nun Gelegenheit, im hygienischen Institut der Universität Berlin (Prof. Rubner) die von Montgomery übersendeten Reinkulturen dieses Krankheitserregers des weiteren prüfen und determinieren zu können.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Gewirr von Myzelfäden, welche durch Segmentierung und echte Verzweigungen charakterisiert waren. Auf allen Nährmedien gelangten Pichler-Kulturen des Pilzes leicht zum Wachstum. Das beste Gedeihen war auf saurem Bierwürzeagar zu verfolgen, und zwar bei Brutwärme. Dabei fand die Ausbreitung stets konzentrisch statt. Fruktifikationsformen waren auf keinem Substrat aufzufinden.

Mit diesem Kulturmaterial wurden eine Reihe von Tierversuchen angestellt. Die intraperitoneale Impfung von Meerschweinchen erwies sich als äußerst wirksam. Die Tiere starben 4—6 Wochen später nach starker Gewichtsabnahme. Der Befund in Kadavern war stets übereinstimmend und sehr eigentümlich. Insbesondere waren stets die Testikel ergriffen, voluminös, im Innern gänzlich zerstört und der Detritus von den Pilzen durchsetzt. Tuberkelbazillen waren nie aufzufinden. Das Netz war zu einem pilzdurchwebten Tumor umgeformt, der parietale Peritonealüberzug von Knötchen durchsetzt, desgleichen Leber und Milz. Nieren frei. Die Knötchen bestanden aus Granulationsgewebe mit Neigung zur Verkäsung. Konstant war der an

Digitized by Google

Kokzidienzysten erinnernde Einschluß, der mit in den Lebenskreis des ätiologisch bedeutsamen Schimmelpilzes gehört, auf kulturellem Wege indes nicht darzustellen war. Diese früher für Protozen angesehenen Körper werden übereinstimmend als kugelige Gebilde wechselnder Größe geschildert, deren größte den Durchmesser von 30—50 m erreichen können. Schon hierin liegt ein deutlicher Unterschied Blastomyzeten gegenüber. Es handelt sich um doppelt konturierte, kugelrunde Zellen, die in ihrem Innern verschiedenartige Granula, Vakuolen und unzählige kleinere, stark lichtbrechende Kugeln beherbergen. Die gute Färbbarkeit (Karbolthionin) ist ein weiteres Differenzierungsmittel gegen Kokzidienzysten, deren schwer durchdringliche Kapseln Farbstoffe zurückweisen. Die als Sporen zu deutenden Gebilde gestatten die Uebertragung des Prozesses mit Umgehung des Myzelstadiums. Doch ist ihre innige Zugehörigkeit zu der als spezifisch erachteten Pilzgattung, aus der Aussprossung von Myzelien aus den Kugeln, im hängenden Tropfen zur Genüge dargetan. Es ist das eine mit Genugtuung zu verzeichnende Bestätigung der Befunde amerikanischer Autoren, die mit Sicherheit dartut, daß die bei den angezogenen Erkrankungsformen auftretenden Gebilde in den Lebenskreis eines Schimmelpilzes hineingehören und nicht, wie man früher glaubte, als Dauerformen von Kokzidien anzusprechen sind. Alles spricht dafür, daß es sich hiebei um einen ungemein perniziösen Krankheitserreger handelt. — (Hyg. Rundschau Nr. 2, 1904.) N.

k) Auge.

Der syphilitische Primäraffekt der Augapfelbindehaut. Von Dr. Gutzeit.

Der Autor schildert einen Fall von Sklerose der Augapfel- (nicht der Lid-) Bindehaut, welche im Anschluß an eine Verletzung, bezw. an das derselben folgende Auslecken des Auges durch eine alte Frau sich eingestellt hatte. Er führt tatsächlich die Infektion auf dieses Auslecken zurück, wenngleich die übrigens 80jährige Frau bei der nachträglich stattfindenden Untersuchung sich frei von Syphiliserscheinungen erwies. Es ist umso auffallender, daß dem Autor in dieser Richtung keine Bedenken kommen, als sich die auf die Sklerose hinweisenden Krankheitserscheinungen eigentlich erst sechs Wochen nach der ursprünglichen Verletzung einstellten und damit übereinstimmend das Exanthem weitere sechs Wochen auf sich warten ließ, so daß eine später erfolgende Infektion wahrscheinlicher ist.

Nach einem Exkurse auf die in der Literatur bisher niedergelegten Fälle, im ganzen 21, sucht der Autor der Symptomatologie und Diagnostik dieser extragenitalen Affektion etwas näher zu kommen. In letzterer Beziehung hebt er hervor: „Es ist eine außerordentlich starke Chemose der Augapfelbindehaut, die einen wulstigen, die Hornhaut teilweise deckenden Ring bildet und im Gegensatz zu der Schwellung nicht gerade intensiv injiziert ist und wenig oder gar nichts absondert"; und weiters: „An einer oder mehreren Stellen dieser Schwellung finden sich oberflächliche und unbedeutende Ulzerationen oder vielmehr Erosionen der Schleimhaut. Im Bereich derselben ist meist eine mehr oder weniger ausgesprochene, bis knorpelharte Induration vorhanden." Letztere ist allerdings nicht immer sehr deutlich. Immerhin geben auch schon die einfachen Erosionen im Verein mit der derben Chemose, die im Vergleich hiezu weniger auffallende Injektion, die fehlende Absonderung und die geringen subjektiven Beschwerden so wichtige Anhaltspunkte, daß man die Diagnose selbst schon vor Eintritt der die Präaurikulardrüsen befallenden Schwellung stellen kann. Die Bestätigung ergibt sich natürlich erst

Digitized by Google

aus den auftretenden Allgemeinerscheinungen.

Differentialdiagnostisch werden noch der weiche Schanker (mit seiner reichlichen Absonderung, der schmerzhaften Drüsenschwellung und dem möglichen Nachweis der Ducrey-Krefftingschen Bazillen), Lupus und Tuberkulose (mit ihrem chronischen Verlauf, sowie mit der Möglichkeit, bakteriologisch und mikroskopisch Aufschluß zu erhalten) berührt. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., LXIX, 3.) D.

l) Knochensystem.

Verletzungen des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse. Von Prof. Schlatter.

Vf. hat in sieben Fällen bei jugendlichen Individuen nach Fall auf das Knie oder heftiger Muskelanstrengung eine Absprengung des das Caput tibiae vorn schnabelförmig umfassenden Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse beobachtet. Die Entstehung und die Symptome waren stets typisch; letztere bestanden in Schmerzen in der Kniegegend, welche häufig geringfügig sind. Auf der Tuberositas tibiae zirka $2^1/_2$ cm unterhalb der Kniegelenksspalte liegt ein Druckpunkt, der so groß ist, daß er genau mit der Fingerkappe zu bedecken ist. Häufig fühlt man hier eine knöcherne Prominenz. Das Röntgen-Bild sichert die Diagnose. Die Prognose ist gut. Die Therapie besteht in Ruhigstellung des Kniees. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, H. 3.) E.

Die Beziehungen der hereditären Lues zur Rhachitis und Hydrokephalie. Von Dr. Karl Hochsinger.

Die während der Früheruptionen der hereditären Syphilis vorherrschende generelle hyperämische Reizung an den Knochenappositionsstellen kann als ein die Entstehung von Rhachitis begünstigendes Moment betrachtet werden, während die mit dem Zurückgehen der syphilitischen Reizungsphänomene an den osteogenen Geweben auftretende Hyperostose als ein Hindernis für die Entwicklung schwerer rhachitischer Knochenverbildungen anzusehen ist.

Unter den hereditär-luetischen Kindern ist die Rhachitis etwas häufiger als unter den luesfreien. Die Rhachitis setzt bei luetischen Säuglingen zeitlicher ein, läuft aber rascher ab als bei nichtsyphilitischen und führt bei den ersteren niemals zu hochgradigen Skelettverbildungen. Der Schädelumfang hereditär - syphilitischer Säuglinge ist wegen der durch die Syphilis angeregten intensiveren Knochenapposition an den Wachstumszentren der Schuppenknochen während des ganzen ersten Lebensjahres größer als bei normalen Kindern, während des ersten Lebenssemesters auch größer als bei rhachitischen und wird erst im zweiten Lebenssemester von den rhachitischen Schädeln an Größe übertroffen.

Das Caput natiforme ist nur dann mit Sicherheit auf hereditäre Lues zurückzuführen, wenn es bereits in den ersten Lebensmonaten deutlich entwickelt und mit einer abnormen Härte der Kopfknochen und einer relativ kleinen Fontanelle verbunden ist; dieselbe Kopfform kommt aber auch ohne Syphilis bei Rhachitikern im zweiten und dritten Lebensjahre vor.

Der Hydrokephalus der ersten Kindheit ist in einer großen Anzahl von Fällen durch hereditäre Lues bedingt, welche zu entzündlichen Veränderungen an den weichen Hirnhäuten und Plexus und zu intrakraniellen Gefäßerkrankungen führen kann. Vielfach gibt eine spezifische diffuse innere Periostitis der Schädelknochen den Anstoß zur Fortleitung des Entzündungsprozesses auf die weichen Hirnhäute.

Der syphilitische Hydrokephalus der Säuglinge hat mit dem rhachitischen Pseudohydrokephalus wohl eine oberflächliche Aehnlichkeit, kann aber im Säuglingsalter von derselben unterschieden werden. — In einer großen Zahl von Fällen ist der syphilitische Hydrokephalus durch Jod-Quecksilberbehandung heilbar, so daß diese Behandlung überhaupt bei jeder Form von Hydrokephalus im frühen Kindesalter angezeigt ist. — (Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderh. 1904.) Nrth.

Digitized by Google

m) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Ueber Masern-Scharlachfälle. Von Dr. B. Hukiewicz.

Die (15) beobachteten Fälle lassen sich in drei Gruppen bringen: a) Fälle, in welchen das Scharlachexanthem vor dem Masernexanthem zum Vorschein kam, b) die Fälle mit umgekehrter Reihenfolge der Exantheme und c) die Fälle, welche bereits mit beiden Exanthemen aufgenommen wurden und es unmöglich war, zu eruieren, welches von beiden zuerst zur Proruption gekommen ist.

Die Gruppe a) bildet keine diagnostischen Schwierigkeiten, wenn sie von Beginn der Erkrankung an beobachtet wird. Die zweite Gruppe zerfällt in zwei Untergruppen, je nachdem das Masernexanthem vom Scharlachexanthem unbeeinflußt blieb oder in eigentümlicher Weise verändert wurde. Dann bieten sich folgende Merkmale:

Das Exanthem (nur am Stamm und an den Extremitäten, besonders den unteren, nie im Gesicht) bildet über handtellergroße, oft die ganze Brust bedeckende, erhabene, nur durch schmale, unregelmäßig verlaufende Streifen normaler Haut von einander abgegrenzte Flächen von glatter, fast glänzender Oberfläche und hell ziegelroter Farbe. Es ist keinem Exanthem ähnlich und erinnert noch am meisten an große, infolge starker Konfluenz entstandene Urtikariaquaddeln; hat ebenso unregelmäßige Ränder, ist ebenso erhaben und sukkulent, nur die Farbe ist eine andere und die Oberfläche noch glatter.

Es entsteht an den Stellen, wo das Masernexanthem reichlich anlegt, aber noch nicht voll entwickelt ist; das voll entwickelte und im Abblassen begriffene Masernexanthem zeigte sich nie in dieser Weise verändert. Zu den weiteren Merkmalen dieses Exanthems gehört die große Veränderlichkeit desselben. Ebenso rasch wie es erscheint, verschwindet es. Oft war nach einigen Stunden das Exanthem viel flacher, seine Farbe mehr blaß-rosa-rot geworden. Nach weiteren Stunden erreicht die Oberfläche des Exanthems das Niveau der umgebenden Haut und jetzt sieht man an diesen Stellen nur das dichtstehende, wohlcharakterisierte Scharlachexanthem; von Masernflecken ist noch keine Spur zu sehen; sie treten erst nach Abnahme der immer noch starken Hyperämie der Haut in braunroten, verwaschenen, undeutlichen Flecken auf dem Scharlachgrunde zum Vorschein. In derselben Zeit sieht man auch an Stellen, die vom veränderten Exanthem nicht eingenommen gewesen waren, das Scharlachexanthem über den Masernefflorescenzen erscheinen; diese werden von ersteren teilweise verdeckt, so daß sie wie abgeblaßt erscheinen.

Da an jenen Stellen, welche das veränderte Masernexanthem zeigen, die dazwischen liegenden schmalen Hautstreifen noch scharlachfrei sind, muß man annehmen, daß das Masernexanthem nicht selbst in dieser eigentümlichen Weise beeinflußt wird, sondern durch eine unbekannte Hautveränderung, die direkt der Scharlachproruption vorangeht.

Das veränderte Masernexanthem tritt nur auf Brust und Rücken hervor, wenn an diesen Stellen zur Zeit des herannahenden Scharlachs das Masernexanthem zwar reichlich entwickelt, seine Proruption aber noch nicht beendet ist, während sie an den anderen Stellen sich erst in den Anfängen befindet. Da die Scharlachproruption viel rascher erfolgt, so daß im Verlauf von wenigen Stunden das Exanthem beinahe über den ganzen Körper ausgebreitet ist, wird das erst später reichlicher vortretende Masernexanthem, z. B. an den Oberschenkeln, nicht mehr beeinflußt werden. Dasselbe ist nur dann der Fall, wenn die Masernproruption so rasch vor sich geht, daß der nahende Scharlach ein reichlich entwickeltes, aber noch nicht fertiges Masernexanthem an Brust und Extremitäten überrascht. Mit dem Moment des Auftretens des Scharlachexanthems an den Stellen des veränderten Masernexanthems gleicht das Bild und der Verlauf jenen Masern-Scharlachfällen, in welchen die Morbillen unbeeinflußt blieben.

Die dritte Gruppe zeigt keine bedeutenden Aenderungen.

Die Maserninfektion schafft eine erhöhte Prädisposition für Scharlachinfek-

Digitized by Google

tion, und es läßt sich konstatieren, daß die größte Empfänglichkeit für Scharlach in der zweiten Hälfte des Inkubationsstadiums und im Prodromalstadium der Morbillen, eine geringere in der ersten Hälfte der Inkubation und nach vollendeter Proruption vorhanden ist. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 9.) Nrth.

Zwei Fälle von Gonokokkensepsis mit Nachweis der Gonokokken im Blute bei Lebzeiten der Patienten. Von P. Krause.

Das Bemerkenswerte an beiden vom Autor in Kürze mitgeteilten Fällen ist im Titel der Arbeit gegeben; es ist der Nachweis der Gonokokken im Blute der Kranken noch während des Krankenlagers. Der eine Fall verlief mit schwerer Endokarditis letal, der zweite endigte in Genesung, das Herz scheint im letzten Falle frei geblieben zu sein.

Aehnliche Untersuchungen, bezw. Befunde, d. i. der gelungene Gonokkennachweis aus dem Blute bei Lebzeiten der Kranken, sind zwar nicht häufig, aber doch schon wiederholt gelungen. Der Autor glaubt aus seinen, sowie aus den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen schließen zu dürfen, daß in jedem Falle von metastatischen Erkrankungen bei Gonorrhoe der Gonokokkennachweis geführt werden kann, vorausgesetzt, daß man zeitig genug beim Einsetzen des Fiebers untersucht und zur Aussaat mindestens 20—40 cm^3 Blut entnimmt. Großen Nachdruck legt er auch darauf, daß der Nährboden auf 40—41° abgekühlt wird, weil die Gonkokken gegen Wärme sehr empfindlich sind. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19, 1904.) D.

Die Homberger Trichinosisepidemie und die für Trichinosis pathognomonische Eosinophilie. Von Dr. K. Schleip.

Im Jahre 1903 brach in Homberg (Bez. Cassel) eine Epidemie aus, welche von den Kranken auf den Genuß von Schweinefleischwaren an einem bestimmten Tage zurückgeführt wurde. Es erkrankten 130 Personen, davon 30 schwer. Todesfall ereignete sich keiner. Die Muskelexzision bewies die Natur der Erkrankung, welche schon durch die Blutuntersuchung nahegelegt worden war. S. unterzog das Blut von 64 Kranken einer genauen Analyse. Durchgehends fand sich eine Leukozytose von 10—20.000. Das Blut zeigte bis auf zwei Fälle beträchtliche Eosinophilie. Die beiden Fälle mit negativem Resultat waren auch klinisch nicht eindeutig. Die Eosinophilie bewegt sich durchschnittlich in Werten von 20—40%, nur in der Minderzahl der Fälle zwischen 6—10%. Ein Zusammenhang zwischen Schwere der Erkrankung und Grad der Eosinophilie ist nicht nachweisbar. Die Eosinophilie überdauert auch die Krankheitserscheinungen längere Zeit. S. meint, daß solange noch Trichinen im Darme sich befinden oder die Muskeltrichinen noch nicht abgekapselt sind, die Eosinophilie durch die Resorption der von den Parasiten erzeugten toxischen Stoffe unterhalten wird. Der diagnostische Wert der Eosinophilie ist ein ganz enormer, da es kaum eine andere Erkrankung gibt, welche mit einer so starken Eosinophilie einhergeht, als gerade die Trichinose. — (Deutsches Zentralbl. f. klin. Med., Bd. 80, H. 1 u. 2.) E. S.

Ungewöhnliche Verlaufsweisen und plötzliche Todesfälle beim Unterleibstyphus. Von Prof. Curschmann.

Der Typhus ambulatorius zeigt entweder abgekürzten Verlauf oder typische, selbst protahierte Dauer. Die ersten Formen sind sehr leichte Fälle, verlaufen mit remittierendem oder ganz unregelmäßigem Fieber auf niedriger Lage, selbst in den Abendstunden, während morgens die Temperatur die Norm meist nicht übersteigt. Das Fieber kann auch tagelang fast vollkommen fehlen, dann aber wieder, besonders nach Anstrengungen, sich unter Frostgefühl auf Stunden, selbst einen ganzen Tag heben, doch nur ausnahmsweise zu erheblichen Temperaturen. Tritt ein solches Verhalten täglich ein, so kann im Verein mit dem Milztumor die Krankheit an Malaria erinnern. Wo anginöse oder bronchitische Erscheinungen vorliegen, werden Erkältungskrankheiten, Influenza vorgetäuscht oder durch besonders betonte Stuhl- und Verdauungsbeschwerden auch

Digitized by Google

subakute und akute Magendarmkatarrhe. Blässe, Kopfschmerzen, Pulsbeschleunigungen haben schon zur Diagnose von Chlorose, Neurasthenie etc. verführt. Sehr irreführend wirkt oft die trotz der bestehenden Krankheit manchmal noch unglaublich große Leistungsfähigkeit, bis nicht ein intercurrierender Ohnmachtsanfall, eine Peritonitis oder gar ganz plötzlicher Tod auf die Schwere des wahren Prozesses hinweisen.

Gerade die plötzlichen Todesfälle durch Darmblutungen und Perforationsperitonitis ereignen sich viel häufiger bei ambulanten als von Anfang an sorgfältig behandelten Typhen, und zwar sind die Todesfälle durch Perforation za. doppelt so zahlreich als die durch Darmblutungen, welche zwar an und für sich sehr häufig sind, jedoch nur selten tötlich verlaufen.

Die großen tötlichen Blutungen kommen manchmal ganz unvermutet, und zwar auch bei ganz kurz dauernden, fast symptomenlos verlaufenden, ambulanten Typhen vor. Ebenso verhalten sich auch die Perforationen. Doch gehen diesen manchmal Unterleibsbeschwerden voraus, die durch Diarrhöe, Obstipation, dysenteriforme Entleerungen erst recht irreführen. Eine ganz eigenartige Lokalisation der Perforationsperitonitis ist die Perityphlitis typhosa, die sich auch bei ambulanten Typhen einstellen kann.

Seltenere Ursachen plötzlichen Todes sind Lungenembolien.

Einen ungewöhnlich raschen und meist tödlichen Verlauf nehmen die foudroyanten und die hämorrhagischen Typhen. Der Verlauf der ersteren entspricht dem Bilde der von vornherein schwersten Giftwirkung. Mit ein- oder mehrmaligen Schüttelfrösten beginnend, wird nach 24 bis 36 Stunden schon der Höhepunkt der Fieberkurve erreicht, welche als Kontinua mit häufiger prämortaler hyperpyretischer Steigerung verläuft. Die Pulsfrequenz ist gleich anfangs hoch, es zeigen sich alle Erscheinungen der Herzschwäche und Vasomotorenparese. Albuminurie kann schon am zweiten und dritten Tage erscheinen. Sehr früh beginnen die toxischen Symptome von Seiten des Nervensystems, namentlich das ominöse Sehnenhüpfen und Flockenlesen. Der Milztumor ist in den ersten Tagen schon sehr groß, sehr weich, der Leib stark meteoristisch. Roseolen fehlen gewöhnlich.

Ein sehr seltenes, aber bemerkenswertes Ereignis ist es, daß ein Typhus ambulatorius unter den Erscheinungen eines foudroyanten Nachschubs endigt.

Die hämorrhagische Form ist selten. Die Form kann zunächst bei gewöhnlich verlaufenden Fällen hinzutreten oder von vorneherein oder kurz nach Beginn als solche erscheinen und dann rapid zum Tode führen. Besonders sind meningeale Blutungen als das Ende beschleunigende Ereignisse anzusehen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17, 1904.) E. S.

Neue Arzneimittel und Rezeptformeln.

Lactoserum, Blondels Serum, Milchserum entstehen aus Kuhmilch, welche man mit einer Säure bei 38° C. koaguliert, das Filtrat mit Soda neutralisiert, durch Porzellanfilter filtriert und unter Kohlensäuredruck in sterile Gläschen füllt. — Blondel hat festgestellt, daß: 1. die tägliche subkutane Injektion von 20 cm³ ohne Nebenerscheinungen einen Monat ausgeführt werden konnte, bei vermehrtem Appetit, unter Abnahme des Körpergewichtes und Steigerung der Ausscheidung von Harnstoff, Harnsäure und Phosphaten; 2. daß der Blutdruck konstant herabgesetzt werde; 3. die fieberhaften Temperaturen, z. B. bei schweren puerperalen Infektionen, abfielen. — Anwendung findet es als Ersatz für Trouneček s Serum. — Dosis: 1—2mal täglich 10 cm³ subkutan, bis zu 50 und 60 cm³ täglich.

Serum gegen Basedow'sche Krankheit nennt Lépine ein Serum, erhalten durch Immunisierung von Ziegen gegen die Hammel- oder Ziegenschilddrüse. Das Serum vermag in Dosen bis zu 20 cm³ bei anderen Tieren die Schilddrüsenfunktion herabzusetzen, weshalb L. glaubt, daß das

Digitized by Google

Serum auch bei Morbus Basedowii therapeutisch verwertet werden kann.

Natrium kakodylicum hat Lefebvre bei gewissen Formen von Phosphaturie in täglichen Dosen von 0·03—0·10 cg mit Erfolg angewendet.

Exodin von Schering ist Diazetylrufigallussäuretetramethyläther, ein Oxyanthrachinonderivat. Es bildet ein gelbes, geruch- und geschmackloses, in Wasser unlösliches, in Alkohol schwer lösliches Pulver vom Schp. 180—180°. Anwendung findet es nach Ebstein als Abführmittel anstatt Purgatin in Dosen von 0·5 in Tablettenform 1—3 Stück. — (Pharm. Post, 1904.)

Als Hämostatika bei internem Gebrauche kommen neuerdings in Verwendung:

1. Rp. Hb. tradescant. erect. 30·0
   Fiat decoct. ad colat. 150·0
   D. S. Halbstündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Cotarnin. phthal. 0·05
   Dtr. tal. dos. Nr. XX in tablettis.
   D. S. Dreimal täglich zwei Pastillen zu nehmen.

3. Rp. Adrenalini 5·0
   D. S. Stündlich 10 Tropfen zu nehmen.

4. Rp. Tinct. lam. alb. 100·0
   Tinct. arnic. 10·0
   Syr. simpl. 50·0
   Aq. destill. 20·0
   D. S. Stündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

5. Rp. Extr. fluid. capsell. burs. pastor.
   Extr. fluid. geran. maculat.
   Extr. fluid. aletr. farinos. āā 15·0
   Hydrastinini mur. 1·50
   D. S. Zweistündlich fünf Tropfen auf Zucker zu nehmen.

6. Rp. Extr. fluid. cimicifug. racemos.
   Extr. fluid. gossyp. herbac. āā 10·0
   Mentholi 0·15
   D. S. Dreimal täglich vor den Mahlzeiten 20 Tropfen zu nehmen.

Bücher-Anzeigen.*)

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. Herausgegeben von P. von Baumgarten und F. Tangl. XVII. Jahrgang. S. Hirzel, Leipzig 1903.

Der letzte Band dieses Werkes liegt im Umfange von 1114 Seiten vor und berichtet über die Literatur des Jahres 1901. Die Zahl allein von 3151 Originalabhandlungen und Werken aus einschlägigem Gebiete ist eine genügende Illustration, um die Umsicht und Gründlichkeit in der Redaktion und Bearbeitung des kolossalen Materials zu erkennen. Die referierten Abhandlungen beziehen sich auf 21 Kokkenarten, 59 Bazillen, ferner eine große Anzahl anderer diverser Bakterienformen. Ebenso ausgedehnt ist die Literatur über Protozoen enthalten, was bei der immer größeren Wichtigkeit, die diese Mikroorganismen in der Pathologie gewinnen, nicht nur für den Pathologen, sondern auch für den Kliniker eine schätzbare Bereicherung des Jahrbuches darstellt. Auch die vergleichende Pathologie der Tierseuchen findet ihre Berücksichtigung. Das musterhaft angelegte Werk bedarf keiner weiteren lobenden Worte, es ist bereits zum unersetzlichen Werkzeuge des Forschers auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten geworden. E. S.

Ueber die Prinzipien für die Behandlung der venerischen Krankheiten. Von Prof. Edward Welander, Stockholm.

Drei Dezennien hindurch betriebene klinische und experimentelle Forschung hat Welander reichlich Gelegenheit geboten, alle Heilfaktoren der gewissenhaften Analyse zu unterziehen, welche auf venerologischem Gebiete ihre Anzeigen finden. Hiebei sind der Disziplin wertvolle Bereicherungen zugewachsen, welche seither nach mancher Richtung hin dem curativen Handeln neue Wege gewiesen haben.

In dieser Hinsicht sei nur auf die Einführung biologischer Gesichtspunkte bei Behandlung der venerischen Helkose (Wärmeapplikation) auf die Propagierung

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

des Inhalationswertes in der merkuriellen Luestherapie, sowie auf die Empfehlung zahlreicher, medikamentöser Behelfe gegen Blennorrhoe und Lues hingewiesen.

Das vielseitige Ergebnis dieser ersprießlichen Tätigkeit hat W., dem die Fachliteratur 41 therapeutische Aufsätze verdankt, in einer kurzen Broschüre vereint, die in knappen Zügen alle Momente berücksichtigt, welche als Grundlage einer rationellen Bekämpfung venerischer Läsionen zu dienen vermögen. Gleich allen anderen Publikationen des eminent ernsten Forschers wird auch diese Exposition seines Heilplanes über Schwedens Grenzen hinaus ungeteilte Anerkennung finden. N.

Die Lehre vom Puls. Von James Mackenzie. Aus dem Englischen von Dr. A. Deutsch. 306 Seiten mit 340 Figuren. Johannes Alt, Frankfurt a. M. 1904.

Für denjenigen, welcher die klinischen Vorgänge am Kranken mit mehr als rein diagnostischem Endzweck betrachtet, bot seit jeher die Analyse der Pulsphänomene besonderes Interesse, da dieser scheinbar so einfache Vorgang nicht nur einen unendlich mannigfaltigen Formenreichtum annimmt, sondern darum wiederum einen Einblick in die zahlreichen Faktoren gestattet, von denen die Herzaktion beeinflußt wird. Die Schwierigkeit in der Deutung derselben, die Unbequemlichkeit der gewöhnlichen Registriermethoden, die Unklarheit und Verwirrung in der Bezeichnung und Einteilung der einzelnen Phänomene sind derartig groß, daß nur derjenige, der sich mit speziellen Forschungen befaßt, der durch Studium der theoretischen Streitfragen und der Experimentalpathologie sich schon einen Standpunkt errungen hat, imstande ist, sich eine eigene Vorstellung über das jeweils vorliegende Symptom zu bilden. Die Folge davon ist die immer mehr zunehmende Abneigung der Praktiker, sich mit der Analyse dieser Erscheinungen abzugeben. Wenn Ref. nun vorliegendes Werk als eine wesentliche Bereicherung unserer praktisch-medizinischen Literatur ansieht, so hat dies seinen Grund darin, daß es die Leistung eines eminenten Praktikers darstellt, der als höchstes Ziel die praktische Durchführbarkeit der Untersuchung, die für die Praxis abstrahierbaren Resultate vor Augen hat. Es kann kaum ein erfreulicheres Gefühl geben, wenn ein Buch mit obigem Titel nicht wiederum ganze Kapitel mit der mathematischen Analyse der Wellenbewegung, mit dem Pro und Kontra von „myogen“ und „neurogen“, mit Blutdruckzahlen u. a. m., ausgefüllt sieht, sondern findet, wie mit Hilfe eines einfachen Instrumentariums, in weiser Beschränkung auf das durch dieses Erreichbare, die Analyse der verschiedensten Pulsphänomene vorgenommen wird, wie trotz der überall durchblickenden Belesenheit die Theorie der Erscheinungen in kurzen Sätzen, meist in ganz eigenartiger und geistreicher Weise gegeben wird, wie mit den einfachsten Worten die schwierigsten Probleme verständlich gemacht werden. Es ist hier nicht der Ort, darauf einzugehen, ob diese oder jene eigene Ansicht des Vf. mit allen theoretischen Voraussetzungen im Einklange steht — sind ja diese selbst heute noch schwankender als je — es soll nur hervorgehoben werden, daß Vf. an das denkbar geringste Vorwissen des Lesers appelliert und dennoch imstande ist, demselben das Verständnis der Vorgänge mit Sicherheit beizubringen, u. zw. in einer durch das reichste Tatsachenmaterial illustrierten Darstellung, welche das Interesse des Lesers niemals erlahmen läßt und selbst ausgemachte Feinde der Theorie bekehren wird. Das Werk behandelt Arterienpuls, Venenpuls, Leberpuls und sichtbare Herzbewegungen. Ueberall ist die praktische Spitze der analysierten Erscheinung besonders hervorgehoben, und der Uebersetzer hat sich ein wesentliches Verdienst erworben, daß er die Hauptsätze in besonders kräftiger Schrift aus dem Ganzen heraushebt, so daß mit wenigen Blicken bereits eine Orientierung über Art und Bedeutung einer Erscheinung möglich ist. Die an und für sich vortreffliche Einteilung des Stoffes gewinnt dadurch noch ganz besonders an Uebersichtlichkeit. Die Uebersetzung ist vorzüglich gelungen, frei von allen Unklarheiten und Unschönheiten. Ref. meint, daß wir dem Uebersetzer besonderen Dank dafür schulden, dieses Werk der großen Mehrzahl deutscher Aerzte zugänglich gemacht zu haben. Die Ausstattung ist in jeder Beziehung elegant und geschmackvoll. E. S.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Eine Studie über die Perkussion der Lungen.

Von **C. E. Walla**, Oberarzt am schwedischen Halahult-Jubiläums-Sanatorium.*)

In den verschiedenen Aufsätzen, betreffend die Beiträge zur Kenntnis der Lungentuberkulose, deren Diagnose im Frühstadium, u. a. wird nicht selten betont, welch große Bedeutung den physikalischen Untersuchungsmethoden bei der Diagnose der Tuberkulose zukommt, daß ungeachtet der vielen neuen Entdeckungen und Methoden, welche die letzten Jahre zutage förderten, doch diese alten Methoden an allererste Stelle gebracht werden müssen. Dies gilt auch von der Perkussion.

Es ist allgemein bekannt, daß Aerzte weit verschiedene Ansichten äußern können die Frage betreffend, inwiefern z. B. in einem zur Untersuchung vorliegenden Falle sich eine Dämpfung des Perkussionstones vorfindet oder nicht, daß viele ungleiche Meinungen gegeneinander geäußert werden können über den Grad der vorfindlichen Dämpfung. Der eine Arzt findet, daß die Dämpfung sich nur in unbedeutendem Grade vorfindet, der andere findet dieselbe sehr stark u. s. w.

Während meiner Studien in den gegenwärtigen Sanatorien für Lungenkranke in Deutschland und der Schweiz, welche ich durch sechs Monate im Jahre 1899 vollbracht habe, war ich unter anderem an erster Stelle bestrebt, mir die Perkussions- und Auskultationsphänomene der Lungen vollständig zu eigen zu machen. Dabei wurde es mir klar, daß sowohl in Deutschland als auch besonders in der Schweiz mit einer besonderen Genauigkeit und Fürsorge die Perkussion und Auskultation der Lungen gepflegt wird, so bald man innerhalb des Gebietes der Schule K. Turbans in Davos sich befindet, eine Genauigkeit, peinlicher, als ich mir je hievon eine Vorstellung machen konnte, geschweige denn beobachtet habe. Am Volkssanatorium Basler Heilstätte in Davos hörte ich zuerst besondere Bezeichnungen für die verschiedenen Dämpfungsgrade des Perkussionstones.

Ich habe mir die Mühe genommen, um die verschiedenen Bezeichnungen kennen zu lernen, welche die verschiedenen Aerzte für die Dämpfungsgrade des Perkussionstones anwenden, 300—400 Gutachten zu studieren, welche seitens der Aerzte für kranke Personen ausgestellt werden, die um die Aufnahme in ein Lungensanatorium ansuchten.

Die Gutachten sind abgegeben von einer großen Anzahl schwedischer, ausnahmsweise ausländischer Aerzte, nach einem für die Jubiläumsanatorien festgestellten Formular. In diesem Formular findet sich die Frage: „Ist eine Dämpfung über den Lungen vorhanden?“ Die verschiedenen Beantwortungen dieser Frage gab mir den Grund zu einem Teil der anzuführenden Bedenken. Da die Frage nun dahin lautet, ob eine Dämpfung über den Lungen sich vorfindet oder nicht, dürfte man vielleicht einwenden, daß gerade dieses Material für das Studium der Bezeichnungen der Dämpfungsgrade wenig geeignet ist. Aber dem ist nicht so. In den allermeisten Fällen, mit sehr geringen Ausnahmen, ist diese Frage beantwortet, nicht nur mit der Angabe, ob eine Dämpfung vorhanden ist oder nicht, sondern es ist auch der Dämpfungsgrad mit bezeichnet. Auch der Einwendung, daß das Material vielleicht zu klein ist, um alle Bezeichnungen kennen zu lernen, kann ich dadurch begegnen, daß in 300—400 ärztlichen Gutachten wohl alle Bezeichnungsarten vorkommen

*) Die deutsche Uebertragung des schwedischen Originals wurde von Dr. Leo Klemperer (Karlsbad) besorgt.

Digitized by Google

dürften, da ja die Zahl derselben an und für sich nicht gar zu groß ist und das unter denselben jedenfalls die meist repräsentativen sich gewiß vorfinden werden. Das Studium der ärztlichen Gutachten zu dem genannten Zwecke ergab nun bald, daß es an einer Einheitlichkeit vollständig mangelt, daß eine Menge der verschiedensten Bezeichnungen gewählt wird, welche unwillkürlich den Eindruck hervorruft, daß die Beurteilungen der Dämpfungsgrade seitens der Aerzte sehr verschieden sein dürften. Dort z. B., wo eine Dämpfung nicht gefunden wurde, lautet die Antwort auf obige Frage selten einfach „nein", sondern man findet das Perkussionsresultat verschieden bezeichnet, wie: normaler Ton, normaler Lungenschall, voll normaler Schall, ganz voller und schöner Perkussionston etc.; eine viel größere Variation findet sich dort, wo eine Dämpfung konstatiert wird: leichte Dämpfung, schwache Dämpfung, etwas gedämpft, Perkussionston gedämpft, über beiden Spitzen, mehr links, nicht voller Ton, viel kürzerer Ton, sehr geringe Dämpfung, Dämpfung wenig ausgeprägt, weniger oder mehr deutlich, Ton etwas kürzer als normal, Dämpfung gering, doch ist der Ton etwas kürzer als .. u. s. w. u. s. w.

Wenn auch die Mannigfaltigkeit der Bezeichnungen für die Dämpfungsgrade, namentlich für die schwächeren, und die Geneigtheit, vage Ausdrücke zu gebrauchen, augenfällig ist, glaube ich, daß mancher Arzt möglicherweise für die steigernden Dämpfungsgrade die Ausdrücke: kurzer, gedämpfter und matter Ton gebraucht, daß es aber auch viele solcher gibt, welche eine derartige Gradbezeichnung nicht anerkennen. Der eine glaubt, daß gedämpfter und kurzer Ton ungefähr dasselbe bedeuten und daß diese beiden Bezeichnungen wechselweise angewendet werden können, ein anderer dagegen spricht von einem „matteren" Ton, was sicher von einem dritten nicht anerkannt werden muß, der einen Perkussionston negiert, welcher matter ist als matt. Dies wären die Verhältnisse in Schweden, welche jedoch anscheinend auch in anderen Ländern vorkommen. In den Krankenjournalen vom Jahre 1899 in Lüdenscheid — Volkssanatorium in Westfalen — findet man folgende Bezeichnungsarten: keine Dämpfung, sehr geringe Dämpfung, geringe Dämpfung, keine deutliche Dämpfung, Spuren von Dämpfung, Schall ziemlich kurz, ziemlich geringe Dämpfung, mäßige Dämpfung, starke Dämpfung etc.

Im Basler Volkssanatorium in Davos werden im Jahre 1899 folgende Ausdrucksweisen für steigende Dämpfungsgrade benützt: leicht gedämpft, leicht relativ gedämpft, fast relativ gedämpft, relativ gedämpft, stark relativ gedämpft.

K. Turban wendet in seiner Kasuistik zumeist nur die Ausdrücke: gedämpft, Dämpfung, Schall abgeschwächt oder gedämpfter Schall, d. i. eine Bezeichnung ohne Angabe des Dämpfungsgrades, doch sieht man ihn auch zuweilen gradweise Bezeichnungen anwenden, z. B. an mehreren Stellen „leicht gedämpft" und an einigen „stark gedämpft". Hie und da findet man auch bei ihm Ausdrücke wie: etwas gedämpft, schwach gedämpft und mäßige Dämpfung. Aus dem Schema, welches in seinem bekannten, bemerkenswerten Buch sich vorfindet, geht die Bezeichnungsart für steigende Dämpfungen hervor: leicht gedämpft, mäßig gedämpfter Schall und stark gedämpfter Schall.

Dänische Aerzte wenden in ihren Sanatorien, dem Vernehmen nach, die Ausdrücke: leicht gedämpft und stark gedämpft an.

Geht man nun in diesem Studium der gewöhnlichen Bezeichnungen verschiedener Dämpfungsgrade weiter, so findet man nicht selten, oder besser gesagt, recht oft einen Ausdruck, welcher nur eine Vergleichung oder einen Unterschied im Perkussionston auf symmetrisch gelegenen Stellen beider Lungen gibt, ohne Angabe der Beschaffenheit desjenigen Tones, mit welchem verglichen wird. Z. B. kürzerer Perkussionston an der linken Klavikulargegend, etwas kürzerer Ton über der linken Supraklavikulargrube und viele ähnliche Bezeichnungen; ähnlich sind die Bezeichnungen in Deutschland und der Schweiz, z. B. Schall rechts höher als links, Dämpfung rechts nicht vergleichbar mit links u. a. Auffallend selten finden wir in Turbans Kasuistik ähnliche Ausdrücke,

Digitized by Google

auch in den Journalen der Basler Heilstätte in Davos 1899 kamen sie selten vor.

Eine Untersuchung mittels Vergleiches der Perkussionstöne an zwei symmetrisch oder anderweitig, z. B. ober- oder untereinander liegenden Stellen kann nur dann einen Wert besitzen, wenn man auch die Beschaffenheit desjenigen Tones berücksichtigt, mit welchem der Vergleich stattfindet; wird diese Beachtung unterlassen, verliert diese Untersuchungsweise bedeutend an Wert, ja ich gehe weiter und behaupte, daß die gewöhnliche, wie ich sie nennen will, einfach komparative Perkussion leicht irreführen kann in der Beurteilung nicht nur des Grades der Dämpfung, sondern auch der Frage, ob eine Dämpfung überhaupt vorliege oder nicht.

1. Wenn an zwei symmetrisch gelegenen Stellen eine Dämpfung des Perkussionstones sich vorfindet und der Unterschied des Dämpfungsgrades undeutlich ist — was ja nicht selten zutrifft — dann kann man die Dämpfung an beiden Stellen übersehen.

2. Wenn an zwei symmetrisch gelegenen Stellen eine Dämpfung des Perkussionstones sich vorfindet und der Unterschied deutlich ist — was oft zutrifft — kann die Dämpfung an der stärker gedämpften Stelle ihrem Grade nach falsch beurteilt und die Dämpfung an der symmetrischen Stelle übersehen werden.

Bei dieser Gelegenheit sei hervorgehoben, daß, da z. B. über den Lungenspitzen bei der Tuberkulose der Unterschied im Dämpfungsgrade an den symmetrisch gelegenen Stellen allgemein, wenn auch deutlich, so doch gering ist, die Folge der einfach komparativen Perkussion die ist, daß stärkere Dämpfungsgrade oft der Beobachtung entgehen. Zur Bekräftigung des Gesagten dürften einige Vergleiche dienen, welche ich zwischen den Krankenjournalen des Sanatoriums einerseits und den ärztlichen Gutachten anderseits ziehen und anführen kann. Die Untersuchungen sind von zwei verschiedenen Aerzten ausgeführt bei einem und denselben Patienten mit Lungenspitzentuberkulose, und zwar in so kurzen zeitlichen Zwischenräumen, daß eine wesentliche Aenderung des Dämpfungsgrades, welche die verschiedenen Befunde erklären könnte, nicht eingetreten haben dürfte.

Die Frage: Ist eine Dämpfung über den Lungen vorhanden? wird beantwortet:

Im ärztlichen Gutachten (die vollständige Antwort)	In den Krankenjournalen (Auszug der Aufzeichnungen des Sanatoriums bezüglich der Perkussionsphänomene)
Pat. 1. Nicht deutlich.	Rechts: Leicht relative [1]) Dämpfung in den f. supra- und infraclavicul. Leichte Dämpfung in der f. supraspin. Links: Leichte [1]) Dämpfung in den f. supra- und infraclavicul.
Pat. 2. Nein.	Rechts: Fast relative [1]) Dämpfung in den f. supra- und infraclavicul. Links: Leicht relative [1]) Dämpfung in den f. supra- und infraclavicul. und supraspin.
Pat. 3. Non.[2])	Rechts: Leicht relative [1]) Dämpfung in der f. supraclav. Links: Fast relative [1]) Dämpfung in der f. supraclav.
Pat. 4. Undeutliche Dämpfung in den f. supra- und infraclavicul. sin.	Links: Stark relative [1]) Dämpfung in der f. supraclav.; fast relative [1]) Dämpfung in der f. infraclavicul.; leicht relative [1]) Dämpfung im zweiten Int.-Raum. Rechts: Stark relative Dämpfung in der f. supraclav.; fast relative Dämpfung in der f. infraclavicul.; leicht relative Dämpfung im zweiten Int.-Raum.

[1]) Die Erklärung der Bezeichnung des Dämpfungsgrades folgt später.

[2]) Das Gutachten stammt von einem französischen Arzt.

Digitized by Google

Diese vier Beispiele beleuchten die Richtigkeit der ersten Behauptung und es mögen vier andere folgen, welche auch den zweiten angeführten Satz über die Mängel der komparativen Perkussion begründen mögen:

Im ärztlichen Gutachten (die vollständige Antwort)	In den Krankenjournalen (Auszug der Aufzeichnungen des Sanatoriums bezüglich der Perkussionsphänomene)
Pat. 5. Linke Lunge ohne Befund. Rechte Lunge: kürzerer Ton über der f. supraclav. und supraspin.	Links: Leichte Dämpfung in der f. supraclav. Rechts: Starke relative Dämpfung, Wintrich'sches Symptom in den f. supraclav. und supraspin.
Pat. 6. Vorne rechts von der Spitze bis ungefähr zur dritten Rippe Perkussionston etwas kürzer; eine ausgesprochene Dämpfung nicht zu konstatieren.	Rechts: Relative Dämpfung in der f. supraclav.; fast relative Dämpfung in der f. infraclavicul.; leicht relative Dämpfung im zweiten Int.-Raum; leichte Dämpfung im dritten Int.-Raum und abwärts; fast relative Dämpfung in der f. supraspin. Links: Leicht relative Dämpfung in den f. supraclav. und supraspin.
Pat. 7. Ueber den rechten f. supra- und infraclavicul. und f. suprspin. möglicherweise einige Dämpfung.	Rechts: Relative Dämpfung in den f. supraclav. und supraspin. Links: Fast relative Dämpfung in der f. supraclav.; leicht relative Dämpfung in der f. supraspin.
Pat. 8. Ueber der rechten Lungenspitze sowohl der f. supraclav. wie supraspin. ist der Perkussionston unbedeutend kürzer.	Rechts: Fast relative Dämpfung in der f. supraclav.; relative Dämpfung in der f. supraspin. Links: Leicht relative Dämpfung in der f. supraclavicul.

Achtet man bei der Perkussion darauf, „wie der Ton an sich ist", welche Beschaffenheit der betreffende Lungenton im Vergleich mit dem normalen Lungenton hat, ob er an und für sich gedämpft ist oder nicht, so findet man — in Uebereinstimmung mit dem, was Turban in Bezug auf das Respirationsgeräusch ebenfalls behauptet — daß der Lungenschall bei der Tuberkulose in der Regel mehr oder minder gedämpft ist über beiden Lungen, nicht bloß über der einen.

Verteilt man die 300 bis 400 Fälle der Lungentuberkulose nach dem Resultat einer solchen Perkussion, so findet man, daß sich die doppelseitige Dämpfung in 95%, eine einseitige Dämpfung in 5% vorfindet, daß also eine Dämpfung in keinem Falle vermißt wird. Dieselben 300 bis 400 Fälle nach den ärztlichen Gutachten, die auf Grund der vergleichenden Perkussion abgegeben wurden, beurteilt, ergeben doppelseitige Dämpfung in 13%, einseitige in 75% und ohne Dämpfung 12%.

Dieser gleich augenfällige Unterschied schon in der Beurteilung der Lage der Dämpfung auf einer oder beiden Seiten kann meiner Ansicht nach nicht anders erklärt werden, als durch die verschiedene Art, in welcher die Beklopfung vorgenommen wird.

Ich habe bereits das beachtenswerte Moment hervorgehoben, daß die Aerzte innerhalb des Gebietes der Perkussion mit den Bezeichnungsarten der verschiedenen Dämpfungsgrade, wie selbe gegenwärtig zumeist angewendet werden, einander nicht verstehen, daß unter uns eine bedenkliche Verwirrung herrscht, und daß eine wichtige Ursache dieses Mangels an gegenseitigem Verständnis dieser Verwirrung der einfach komparativen symmetrischen Perkussion zuzuschreiben ist, welche, nach allem zu urteilen, ganz allgemein ausgeübt zu werden scheint.

Um dieser Verwirrung einigermaßen zu steuern, will ich in folgendem die Bezeichnung der verschiedenen Dämpfungsgrade, welcher ich mich im Halahult'schen Jubiläumssanatorium bediene, sowie die nähere Definition derselben mitteilen.

Ich habe bereits oben flüchtig mitgeteilt, daß ich in der Basler Heilstätte in der Schweiz zum erstenmal eine besondere

Digitized by Google

Bezeichnungsart für die steigenden Dämpfungsgrade kennen gelernt habe. Schon die Benützung einer solchen Bezeichnungsart scheint mir nun etwas zu sein, was die vorhandene Verwirrung einigermaßen mindern könnte und ich zauderte nicht, dieselbe auch auf schwedischem Boden zu überführen. In den Krankenjournalen des Jubiläums-Tuberkulosesanatoriums in Halahult werden vom 1. Juli 1900 ab die Bezeichnungsarten der Basler Heilstätte angewendet; dieselben sind folgende:

1. Leichte Dämpfung,
2. leicht relative Dämpfung,
3. fast relative Dämpfung,
4. relative Dämpfung,
5. stark relative Dämpfung,

womit ich 1—5 steigende Dämpfungsgrade unterscheide und bemerke, daß mit der steigenden Dämpfung auch das Resistenzgefühl erhöht wird. Diese 5 Dämpfungsgrade liegen zwischen dem normalen Lungenschall einerseits und der absoluten Dämpfung = mattem Perkussionston anderseits. Die letztere Bezeichnung, welche im Sanatorium nur für dasjenige Perkussionsphänomen angewendet wird, welches, wir z. B. bei einem größeren pleuritischen Exudat, dicken Pleuraschwarten u. dgl. vorfinden, dürfte einer weiteren Definition nicht bedürfen, es ist allen Aerzten wohl zu eigen geworden.

Die genannten Bezeichnungen sind nunmehr auch in den zwei anderen Jubiläumssanatorien in Osteras und Henleby in Verwendung, wie an der Tuberkuloseabteilung des St. Göra Hospitals in Stockholm; in die ersteren wurden sie im Jahre 1901 von den betreffenden OberärztenDoktoren Tillmann und E. Waldstein eingeführt, im letzteren wendete sie zuerst im Jahre 1902 der Amanneusis der Abteilung Kand. E. Lindhagen an, welcher vorher Unterarzt des Halahult-Sanatoriums gewesen ist. In letzterer Zeit ist auch eine Anzahl praktischer Aerzte zu diesen Bezeichnungen übergegangen.

Aber auch wenn diese neue Bezeichnung schon an und für sich, als der Ausdruck steigender Dämpfungsgrade und dadurch auch als Aufforderung zur Unterscheidung solcher Grade von großem Vorteil ist, so können noch immer Mißverständnisse bedenklicher Art entstehen. Der eine Arzt z. B. kann unter relativer Dämpfung etwas ganz anderes verstehen als ein zweiter und, was noch schlimmer ist, ein und derselbe Arzt läuft Gefahr, gelegentlich verschiedener Untersuchungen denselben Dämpfungsgrad verschieden oder verschiedene Grade gleichartig zu bezeichnen.

Um einigermaßen solchen Mißverständnissen vorzubeugen oder sie wenigstens bis zu einem gewissen Grade zu mindern, um die Möglichkeit zu bieten, daß ein Arzt, wenigstens annäherungsweise, den anderen verstehen möge und daß derselbe Arzt gelegentlich verschiedener Untersuchungen die Dämpfungen ihrem Grade nach gut zu beurteilen vermag, ist diese Art der Bezeichnung allein nicht genügend, man muß dieselbe auch definieren.

Bevor ich nun diese meine Definition niederschreibe, muß ich dankbaren Sinnes meines Lehrers R. M. Bruzelius, des hervorragenden Lungenarztes unseres Landes, gedenken.

Diejenigen, denen es vergönnt war, seine Schüler zu sein, erinnern sich gewiß dessen, wie er gelegentlich der auch zu seiner Zeit gebräuchlichen komparativen Perkussion, wenn der Kandidat auf der einen Hälfte des Brustkorbes perkutiert hatte, denselben oft mit der Frage unterbrach: „Halt, Herr Kandidat, wie ist der Ton an sich?“, um dem Betreffenden die Andeutung zu geben, daß der Perkussionsschall auch beurteilt werden könnte, ohne Vergleich mit demjenigen an der symmetrischen Stelle, daß derselbe auch mit Rücksicht auf den eigenen Charakter unterschieden werden könnte. Zu jener Zeit habe ich die Bedeutung der angeführten Frage nicht wohl begriffen, aber ich lernte sie seitdem vollständig kennen. Allenfalls haben wir, Schüler von Bruzelius, eine Ahnung hievon erhalten, daß die gewöhnliche, komparative Perkussion einen sicheren höheren Entwicklungsgrad in der Kunst der Beklopfung nicht bedeutet hat, daß dieselbe vielmehr zu suchen ist in der Beurteilung „wie der Ton an sich ist“.

Statt, wie dies bei der einfachen komparativen Perkussion geschieht, den Perkussionston mit demjenigen der symmetrisch gelegenen Stelle zu beurteilen, wird es die

Digitized by Google

Aufgabe sein, den Perkussionston abzuschätzen, wie er an sich ist, oder mit anderen Worten ihn zu vergleichen mit dem normalen Lungenton an derselben Stelle.

Die Definition, welche ich nach einer vierjährigen Anwendung der genannten Bezeichnungen während der Arbeit am Halahult-Sanatorium mir gebildet habe, scheint von gewissem Werte zu sein, sowohl dort, wo es sich darum handelt, den Kollegen die verschiedenen Dämpfungsgrade zu demonstrieren, als auch in der Frage eine verhältnismäßige Einigung in der Beurteilung der Dämpfungsgrade anzubahnen.

Als Grundlage für die Einteilung der Dämpfungsgrade lege ich das Verhalten des Perkussionsschalles bei verschiedener Perkussionsstärke. Ich empfehle für das Beurteilen desselben auf jeder Stelle schwach, mittelstark und stark zu perkutieren. In diesem Teile stimmt mein Perkussionsschema teils mit der Anweisung von Turban überein, auf jeder Stelle schwach zu perkutieren, und mit Ebsteins mittelstarker Perkussion.

Bei der Untersuchung wird perkutiert — nicht symmetrisch — zuerst die eine Seite des Brustkorbes (im Sanatorium in der Regel zuerst die linke Seite) und dann die andere Hälfte vorne und hernach beide Hälften rückwärts.

Man beginnt mit schwacher Perkussion und horcht, ob der Lungenschall gehört wird oder nicht, ob er normal (normaler Lungenschall) ist, ob er verkürzt oder deutlich kurz ist. Wird der Lungenton etwas verkürzt gehört, wird er leicht gedämpft genannt, hört man ihn deutlich kurz, bezeichne ich ihn leicht relativ gedämpft. Hört man bei der schwachen Perkussion den Lungenton überhaupt nicht, übergeht man zur mittelstarken Perkussion, tritt hier der Lungenton auf, nennt man ihn fast relativ gedämpft. Wird bei mittelstarker Perkussion der Lungenschall nicht vernommen, wird die Perkussionsstärke zur starken Perkussion erhöht. Tritt nun der Lungenton zutage, nennt man ihn relativ gedämpft, wird er auch da nicht vernommen, haben wir den stark relativ gedämpften Ton; der absolut gedämpfte, matte Ton ist, wie oben bemerkt, der Schall des pleuritischen Exudats und entspricht dem sogenannten Schenkelton.

In schematischer Form ist das genannte folgendermaßen zu verzeichnen:

I. Schwache Perkussion
   a) Lungenton wird gehört
      1. etwas verkürzt = leichte Dämpfung,
      2. deutlich kurz = leicht relative Dämpfung;
   b) Lungenschall wird nicht gehört, man übergeht zur

II. mittelstarken Perkussion
   a) Lungenton wird gehört = fast relative Dämpfung,
   b) Lungenton wird nicht gehört = die Perkussion wird stärker;

III. starke Perkussion
   a) Lungenton wird gehört = relative Dämpfung,
   b) Lungenton wird nicht gehört = starke relative Dämpfung.

mittelstarker Beklopfung nicht zutage tritt.

Hiemit habe ich mich auch in der Frage über die Perkussionsstärke dahin ausgesprochen, daß ich mich nicht vereinigen kann mit denjenigen, welche bei der Lungenuntersuchung ohne weiteres bloß die schwache Perkussion empfehlen. Wenn man auch mittels schwacher Perkussion den normalen, den schwach gedämpften und schwach oder leicht relativ gedämpf-

Um ein Beispiel zu geben, versteht man demnach unter einem relativ gedämpften Ton einen Dämpfungsgrad, bei welchem der Lungenschall bei starker Perkussion gehört wird, jedoch bei schwacher und ten Ton, d. i. die am öftesten vorhandenen Phänomene richtig beurteilen und sich daher mit schwacher Perkussion oft begnügen kann, wird es doch behufs Beurteilung und Unterscheidung der übrigen Dämpfungsgrade notwendig, auch der mittelstarken und starken Perkussion sich zu bedienen.

Es ist selbstredend, daß diese wie jede andere Perkussion gewisse Voraussetzungen erfordert, unter denen ich an folgende erinnere:

Digitized by Google

1. man muß die allgemeinen Gesetze der Perkussion kennen,

2. man muß geübte Hände zur Perkussion und ein gutes Ohr zur Vernehmung des Tones besitzen,

3. man muß klar wissen, was man unter schwacher, mittelstarker und starker Perkussion, sowie normalem Lungenschall versteht.

Zu den allgemeinen Grundsätzen wird z. B. gerechnet, daß die Perkussion verschieden stark geübt werden muß je nach dem Alter des Patienten, der Entwicklung der Muskulatur u. a., über verschiedenen Partien, z. B. etwas stärker über den oberen Teilen der Rückseite u. dgl., dies gilt auch für die hier empfohlene starke, mittelstarke und schwache Perkussion, welche in der Tat relativ zur Entwicklung, Alter, Brustpartie etc. schwach, mittelstark und stark geübt wird. Bei der Perkussion ist strengste Individualisierung notwendig.

Unter einem guten Ohre verstehe ich nicht bloß eine gute Gehörsschärfe, sondern auch einen guten Tonsinn. Der Tontaube oder der mit einem schwachen Tonsinn Begabte kann, unter sonst gleichen Verhältnissen kein so guter Perkuteur werden, wie der mit einem guten Tonsinne Begabte.

Die Einteilung der Dämpfungsgrade des Lungenschalles nach dessen Verhalten bei verschiedener Stärke und die Beurteilung desselben „wie er an sich ist" führt gewisse Vorteile mit sich. Einige habe ich bereits genannt, von den übrigen will ich folgende hervorheben.

Die Dämpfung des Lungentones wird z. B. bei Lungentuberkulose öfters, ja in der Regel über einer Lungenpartie beobachtet, wo bei der Auskultation eine Veränderung des Respirationsgeräusches oder Rasseln beobachtet wird.

Perkussions- und Auskultationsphänomene stimmen eher miteinander überein. Man kann z. B. oft eine leichte Dämpfung finden, welche genau das Gebiet des sogenannten rauhen Atems deckt.

Durch Einreihen zweier Dämpfungsgrade, leicht und relativ leicht gedämpft, innerhalb der schwachen Perkussion, wird man gezwungen, größere Aufmerksamkeit den leichteren Dämpfungsgraden zuzuwenden und man entdeckt dadurch öfters, daß eine Dämpfung vorhanden ist über den Lungenspitzen, größeren Partien oder überall über beiden Lungen.

Weiterhin ist es ein Vorteil, daß man bei den beiden Graden starker Dämpfung, der relativen und stark relativen Dämpfung, bereits auch andere Zeichen vorfindet, die auf eine vorgeschrittene Tuberkulose hindeuten, wie Wintrichs Phänomen, Bronchialatmen und klingendes Rasseln. Hat man demnach bei der Perkussion eine relative oder stark relative Dämpfung, so hat man im Dämpfungsgrade selbst bereits einen Wink erhalten auch andere Symptome, Wintrich und alle anderen Auskultationsphänomene zu suchen. Was speziell das Wintrich'sche Phänomen anlangt, so ist es von Interesse, zu merken, wie oft, wenn einmal der Gehörsinn teils die genannten stärkeren Dämpfungsgrade, teils den tympanitischen Ton erfaßt hat, man dasselbe beobachten kann, öfters, als dies früher angenommen wurde.

Die oben bezeichneten dänischen, deutschen und Turbans Bezeichnungsarten für die verschiedenen Dämpfungsgrade mit den schwedischen, können in folgender Tabelle verglichen werden.

	Dänisch	Deutsch
Leichte Dämpfung	leicht	leicht
Leichte relative Dämpfung .	gedämpft	gedämpft
Fast relative Dämpfung . .	gedämpft	mäßig gedämpft
Relative Dämpfung	stark	stark
Stark relative Dämpfung . .	gedämpft	gedämpft

Wenn demnach z. B. Turban bei der Definition der drei Tuberkulosestadien für das zweite und dritte Stadium den Ausdruck „schwere Erkrankung" anwendet und dieselben unter anderem mit einer „starken Dämpfung" charakterisiert, so entspricht dies den relativen und stark relativen Dämpfungsarten.

Ich kann es jedoch nicht vermeiden, zu bemerken, daß ein Unterlassen der komparativen symmetrischen Perkussion einen an sich wohl bedeutungslosen Mangel mit sich führen kann. Wenn nämlich

Digitized by Google

der Unterschied des Dämpfungsgrades an zwei symmetrisch gelegenen Stellen beider Seiten nicht so groß ist, daß er mit der Bezeichnung zweier zunächst liegenden Dämpfungsgrade angegeben werden kann, so können beide gleichartig bezeichnet werden, wobei der kleine Unterschied übersehen werden kann. Patient 4 der oben angeführten Tabelle ist ein der Wirklichkeit entnommenes Beispiel. In diesem Falle ist es möglich, daß die im ärztlichen Gutachten ausgesprochene „undeutliche Dämpfung in den fossae supr. und infracl. sin." links stärker war als rechts, denn im Krankenjournal finden wir beiderseits gleiche Dämpfungsgrade verzeichnet, es ist daher der bei der komparativen Perkussion gefundene Unterschied in den Dämpfungsgraden durch die Untersuchungsmethode im Sanatorium übersehen worden. Dieser Mangel der letzteren Methode ist jedoch von untergeordneter Bedeutung und ist dies ganz gewiß in diesem Falle gewesen, wenn man den Befund des Krankenjournals entgegenhält, wo eine Aufklärung über den Zustand der rechten Seite gegeben wird, die man im ärztlichen Gutachten vermißt. Doch wenn ich diesen Mangel meiner Methode anführe, kann ich es nicht unterlassen, einen Vergleich zu ziehen. Für denjenigen Arzt, der die einfach komparative symmetrische Perkussionsmethode verlassen hat und den Perkussionschall beurteilt, wie er an und für sich ist, erscheint die Aufklärung, daß die Dämpfung auf der einen Seite undeutlich, etwas stärker ist, daß der Ton kürzer ist etc. etc., als auf der anderen Seite, ebenso wie der Versuch eines Farbblinden, aus der Lichtstärke zu beurteilen, wie die Farben dem nicht Farbblinden erscheinen. Auch wenn letzterer zuweilen die verhältnismäßige Fertigkeit des Farbblinden bewundern muß, mit welcher derselbe rasch und sicher den Unterschied der Lichtstärke bei verschiedenen Farben beurteilen kann, kann er dessen Beobachtungen doch keinen großen Wert beilegen, solange als die Hauptfrage, welche Farben vorhanden sind, nicht entschieden ist.

Die von mir empfohlene Perkussion, die Bezeichnungsart und die Definition der Dämpfungsgrade ist nicht schwer zu erlernen. Ein Zeitraum von 5—6 Wochen, mit einer stündlichen Uebung täglich, ist hiezu vollständig genügend.

Der Arzt, welcher sich einmal die Mühe nahm, dieselbe einzuüben und zu lernen, wird meiner sicheren Ansicht nach zu der alten, einfach komparativen symmetrischen Perkussion nicht zurückkehren.

Die funktionelle Nierendiagnostik.

Von Dr. **Richard Leo Grünfeld** in Wien.

(Fortsetzung.)

Die Einführung der kryoskopischen Methode in die Nierendiagnostik brachte selbstredend sofort die Frage mit sich, ob sich neben der Aenderung der osmotischen Konzentration des Blutes auch eine dem Falle entsprechende Aenderung der diesbezüglichen Qualitäten des Harnes vorfinde, aus welchen man durch vergleichende Berechnungen Rückschlüsse auf die Funktion der Nieren machen könne. Ja, historisch gehen diese Untersuchungen denen des Blutgefrierpunktes sogar voraus, da es ja natürlicher und naheliegender erscheint, die Funktion eines sezernierenden Organes aus der Qualität und Quantität des von ihm abgesonderten Produkts zu bestimmen. Man stand also zu allererst vor der Frage, ob der Gefrierpunkt des menschlichen Harnes gleich dem des Blutes eine relative Konstanz zeige oder ob derselbe veränderlich sei. Wie vorauszusehen, ergaben die darauf abzielenden Versuche eine Veränderlichkeit des osmotischen Druckes des Harnes, was schon theoretisch in Hinblick auf die Aufgabe der Nieren, welche neben der Elimination der Stoffwechselschlacken in der Erhaltung des Wassergleichgewichtes besteht, anzunehmen war. Zur Erhaltung des Gleichgewichtes, betreffend das Was-

Digitized by Google

ser, stellt ja schon der Blutgefrierpunkt den konstanten Faktor bei, der andere muß daher variabel sein, um die Schwankungen der überflüssigen Wassermenge auszugleichen. Ebenso schwankt auch die Menge der gelösten harnfähigen Moleküle, ein zweiter variabler Faktor, an den sich die Nieren zu akkomodieren haben. Für gewöhnlich haben die Nieren relativ viel gelöste Moleküle und wenig Wasser abzusondern, daher muß der osmotische Druck des Harnes meistens größer sein als der des Blutes.

Des weiteren fragte es sich, ob man aus den Beziehungen zwischen der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes (δ) und der des Harnes (Δ) einen zahlenmäßigen Ausdruck für die Größe der Nierenarbeit erhalten könne. Dreser war der erste, welcher diese Frage zu lösen versuchte, indem er aus der Differenz zwischen δ und Δ die Größe der Nierenarbeit in 24 Stunden auf 70—240 mkg berechnete. Nach der oben erwähnten Theorie Paulis von der Zusammensetzung der Nierenarbeit läßt sich jedoch diese Zahl nicht verwerten, da ja der Harn „das Produkt verschiedener, und zwar in den einzelnen Fällen wohl nicht stets ganz gleichartiger und in ihrer Verteilung auf die Arbeitsleistung nicht ganz durchsichtiger Kräfte darstellt" (H. Strauß).

Wir stehen demnach vor der Frage, inwieweit uns die Kryoskopie des Harnes einen Einblick in die Nierentätigkeit gewähren kann, und müssen uns zunächst über die Art und Weise der ausführbaren Untersuchungen orientieren. Man kann einerseits die Gefrierpunktserniedrigung des in 24 Stunden gesammelten Harnes bestimmen, und zwar die des „gemischten" Harnes, d. h. desjenigen, der aus beiden Nieren stammt, als auch diejenige des „getrennten", d. h. gesondert nach der Provenienz aus jeder einzelnen Niere.

Wenn wir zuerst den „gemischten" Harn ins Auge fassen, so ist vor allem folgendes zu erwägen: Der Harn ist das Produkt der Sekretion beider Nieren; es können also nicht nur die Harne jeder einzelnen Niere verschieden sein, sondern auch Unterschiede zwischen den Harnen von zeitlich verschiedener Sekretion bestehen, da ja jeder aus der Blase entleerte Urin ein Gemisch von verschiedenen Harnen darstellt, die natürlich unter einander nach vielen Beziehungen, darunter auch in ihrer molekulären Konzentration, differieren. Selbstredend tut dieser Umstand, auf den wohl Koeppe zuerst hingewiesen, der Sicherheit und Verwertbarkeit der kryoskopischen Resultate bedeutenden Eintrag. Dies wird auch durch die divergenten Angaben der einzelnen Autoren, die hierin arbeiteten, belegt. Systematische Untersuchungen, angestellt an der 24stündigen Harnmenge, ergaben Werte von Δ = —1·26° bis —2·35° v. Korányi), —0·91° bis —2·43° (Strauß), —0·115° bis —2·546° (Koeppe), —0·90° bis —2·71° (Lindemann), —0·87° bis —2·28° (Waldvogel). Aber auch noch niedrigere Werte (z. B. —0·34° bei reichlichem Wassertrinken) wurden beobachtet. Es ist also undenkbar, von einem „normalen" Gefrierpunkt des Harnes zu sprechen. Bei gesunden Individuen kann man wohl die Zahlen —1·3° bis —2·2° C. als durchschnittliche Normalwerte annehmen, aber keinesfalls ist auch nur annähernd von einer nur relativen Konstanz zu sprechen. Desgleichen bestehen keine einwandsfrei verwertbaren Beziehungen zwischen molekulärer Konzentration und Reaktion des Harnes, ebensowenig zwischen der molekulären Konzentration und der Zeitdauer der Absonderung (Koeppe). Da also mit dieser Anordnung der Untersuchungen keine praktisch verwertbaren Resultate zu erzielen sind, verfiel man auf Vergleichsuntersuchungen, kombinierte Methoden. v. Korányi suchte aus dem Kochsalzäquivalent die „molekuläre Diurese" zu bestimmen, d. h. diejenige Gewichtsmenge Na Cl, deren Lösung in jener Menge Wassers gleichen osmotischen Druck erzeugen würde, wie den vorhandenen des entsprechenden Harnvolumens. Die Berechnung besteht in der Formel $\frac{\Delta \text{ mal Urinmenge}}{61{\cdot}3}$, wobei 61·3 der Gefrierpunktsdepression = —0·613° einer 1%igen Kochsalzlösung entspricht. H. Strauß hat den Ausdruck „Valenzwert" eingeführt, d. h. „die Summe der

Digitized by Google

im Urin ausgeführten osmotischen Valenzen", berechnet durch Multiplikation von Δ mit der 24stündigen Harnmenge. Claude und Balthazard sprechen von einer Diurèse moléculaire totale, indem sie bei ihren Berechnungen auch das Körpergewicht in Betracht ziehen. Es wird hiebei Δ mal Urinmenge durch das Körpergewicht dividiert. Späterhin blieb die Nomenklatur nicht mehr so einfach, indem jeder Nachprüfer sich veranlaßt fühlte, irgend einen Begriff oder eine Bezeichnung neu einzuführen oder zu ändern. So nennen z. B. französische Forscher die Differenz zwischen Δ und Kochsalzäquivalent δ, was bei uns die gebräuchlichere Bezeichnung der Blutgefrierpunktserniedrigung bildet. Auch über die Begriffe Gefrierpunkt, Gefrierpunktserniedrigung, Gefrierpunktzahl etc. konnte man sich nicht einigen.

Claude und Balthazard machten nun, um dieser ewigen Inkongruenz und den damit verknüpften unvermeidlichen Mißverständnissen ein Ende zu bereiten, den Vorschlag, die Gefrierpunktzahl dadurch zu bestimmen, daß dieselbe mal 100 die Menge der Moleküle ausdrückt, welche in der Volumseinheit (in 1 cm^3) suspendiert sind. Ist demnach Δ eines Harnes beispielsweise — 0·50°, dann heißt das, daß in der Volumseinheit des fraglichen Harnes 50 Moleküle gelöst sind. Leider ist dieser Vorschlag nicht in die allgemein gebräuchlichen Begriffsbestimmungen übergegangen, und man ist bei der Lektüre einschlägiger Arbeiten immer noch gezwungen, vorerst die Nomenklatur des Autors zu studieren.

Jedenfalls steht fest, daß, entsprechend der den Nieren zufallenden Arbeit (Dreser), den osmotischen Druck des Blutes herabzusetzen, normaliter die molekuläre Konzentration ihres Sekrets größer ist als die des Blutes. Der Unterschied zwischen dem Blutplasma und dem Harne kann als Maß der Drüsentätigkeit der Niere aufgefaßt werden. Jede Schädigung des Nierenparenchyms muß zu einer Abnahme des Unterschiedes zwischen Blut und Harn führen. Da jedoch in pathologischen Fällen ein Teil des Parenchyms ungestört weiter funktionieren kann, wird dann ein Harn sezerniert, der eine Mischung von krankem und normalem darstellt. Ist die Kompensation suffizient, dann wird die Blutplasmakomposition nicht leiden, andernfalls verändert sich letzteres derart, als ob eine Vermischung von Blut und Harn statthätte.

Der konstanten Zusammensetzung des Blutplasmas steht die Veränderlichkeit des Harnes gegenüber. Der Harn muß sich eben wegen der Konstanz der molekulären Blutkonzentration den Schwankungen, die der Organismus fortwährend durch Nahrung, Wasseraufnahme etc. erleidet, akkomodieren. Unter physiologischen Verhältnissen drückt sich dies auch durch die Ergebnisse der später anzuführenden Verdünnungsversuche und der Nahrungsexperimente aus. Unter pathologischen Verhältnissen, bei insuffizienter Nierentätigkeit, erleidet zunächst diese Akkomodationskraft der Nieren Einbuße (Konstanz des Cl-Gehaltes und Harngefrierpunktes, Verschwinden der Tagesschwankungen, die erwähnten Nahrungs- und Verdünnungsversuche). Die unmittelbare Folge ist eine Abnahme der normaliter bestehenden Konstanz in der molekulären Konzentration des Blutplasmas. Mit diesem Steigen der osmotischen Konzentration des Blutserums geht eine Konzentrationsverminderung des Urins Hand in Hand. Dies wird dadurch gedeutet, daß bei physiologischer Nierenfunktion sämtliche N-haltige Moleküle ausgeschieden werden, bei pathologischer jedoch eine Retention harnfähiger Stoffe im Blute stattfinde.

Können wir also aus solchen kryoskopischen Resultaten allein auf ungestörte Nierenfunktion rechnen und sind wir in der Lage, die Art einer bestehenden Nierenerkrankung aus der Gefrierpunktserniedrigung zu bestimmen? Leider muß diese Frage verneint werden. Die molekuläre Konzentration des Harnes von Nierenkranken kann wohl bestimmte Abweichungen von der — sit venia verbo — Norm darbieten, aber diese müssen nicht auftreten.

Unter pathologischen Verhältnissen nimmt die Kraft, mit welcher die Nieren eine Veränderung in der osmotischen

Digitized by Google

Spannung der passierenden Flüssigkeiten hervorbringen, ab (Hyposthenurie, Harngefrierpunktserniedrigung von 1·3 bis 0·56 ° C., umgekehrt, mehr als 2·2 ° C., Hypersthenurie.) Bei jeder Nephritis besteht Hyposthenurie, der Gefrierpunkt ist im allgemeinen umso niedriger, je schwerer der Fall ist (durchschnittlich zwischen 0·60°—1·20° C.), wobei die osmotische Kraft der Nieren bei Erkrankungen in derselben Weise leidet, wie die absolute Kraft eines kranken Muskels abnimmt (v. Korányi).

Schön belegt wurde diese Angabe durch die Untersuchungen von Moritz, der zwölf Fälle von Nephritiden, die klinisch und kryoskopisch genau aufgeklärt waren, post exitum histologisch kontrollierte. In sämtlichen Fällen stimmte der anatomische Befund mit den kryoskopischen Resultaten überein, d. h. die schwersten Veränderungen fanden sich in jenen Nierenparenchymen, deren Δ intra vitam auffällig niedrig war und umgekehrt. Des weiteren muß man bei geringem Δ den physiologisch dünnen Harn in Betracht ziehen, sowie den Harn bei Diabetes insipidus, welche durch ihre geringe Gefrierpunktsdepression eine Nephritis vortäuschen können. Letztere erlangt eben nach v. Korányi nur dann eine Bedeutung, wenn sie „unter Bedingungen zu beobachten ist, unter welchen gesunde Nieren eine große Druckdifferenz erzeugen würden.

Zu- und Abnahme der Gefrierpunktserniedrigung sind also prognostisch verwertbar, reparative Vorgänge erhöhen Δ, eine Verschlimmerung erniedrigt Δ noch weiter. Dieser Umstand allein, so wichtig er auch im Einzelfalle sein kann, genügt jedoch nicht zur sicheren Diagnosenstellung. Zunächst muß man dem Einwande Roeders begegnen, der die Hyposthenurie nur als einen Ausdruck geringerer Akkomodationsfähigkeit an die vermehrte Flüssigkeitszufuhr, keineswegs aber als absoluten Index für die Störungen der osmotischen Nierenleistung erklärt. Ein großer Einfluß komme der bei jeder Nephritis allgemein praktizierten Milchdiät zu. v. Korányi anerkennt wohl diese Beeinflussung, doch mißt er ihr nicht die supponierte Bedeutung zu. Auch H. Strauß meint auf Grund eigener Untersuchungen, diesen Faktor bei Nierenkranken nicht so hoch anschlagen zu müssen, der im Gegensatz zu Nierengesunden bei der diagnostischen Beurteilung der Nierenleistung hier eher vernachlässigt werden darf. Anderseits sind wiederholt Vorschläge über eine allgemeine, quasi international einzuführende, probediagnostische Nierendiät gemacht worden, zuletzt wieder von Goebell, ohne jedoch bisher eingebürgert zu sein.

Endlich wurde uns durch verschiedene Forscher, vor allem durch Waldvogel, die Illusion geraubt, man könnte durch Vergleich der Werte für Δ. Urinmenge, für $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$, sowie für $\frac{\Delta}{N}$ typische Anhaltspunkte für die bestehende Nierenentzündung gewinnen. Waldvogel fand nämlich gleiche diesbezügliche Verhältnisse bei Inanition und vikariierender Hypertrophie nach Exstirpation einer Niere.

Sind wir also nicht einmal in der Lage, aus der einfachen Bestimmung von Δ mit Sicherheit eine Erkrankung der Nieren überhaupt zu diagnostizieren, so erscheint es demnach auch schwierig, die Art der bestehenden Nephritis aus der Harnkryoskopie zu erschließen. Es gibt keinen charakteristischen Unterschied zwischen der interstitiellen und parenchymatösen Form, wie man ihn ursprünglich, als die Kryoskopie noch in den Kinderschuhen stak, glaubte annehmen zu können. Einen Schritt weiter brachten uns die im folgenden auszuführenden Untersuchungen von Kövesi und Roth-Schulz, welche unter dem Namen „Verdünnungsversuch" figurieren.

Bei diffusen Nephritiden nimmt die Fähigkeit der Nieren, die nötige Wasserresorptionsarbeit (der Ausdruck stammt von Pauli) zu leisten, das heißt, den normaliter geringeren osmotischen Druck des Blutserums bei der Produktion von Urin zu erhöhen, erheblich ab. Es besteht daher, wie auch von Lindemann, Senator u. a. bestätigt wurde, mole-

Digitized by Google

kuläre Oligurie und Hyposthenurie. Im normalen Zustand bei Entleerung eines konzentrierten Harnes ist also $\Delta > \delta$, sowie aber ein verdünnter Harn produziert wird, ändert sich das Verhältnis im Sinne von $\delta > \Delta$, d. h. die Arbeit der Nieren ist größer als wassersezernierende denn als resorbierende, Δ kann bis zu — 0·10° sinken. Diese Hyposthenurie, den physiologischen untersten Grenzwert darstellend, kann in pathologischen Fällen ein Symptom der geringeren Akkomodationsmöglichkeit der Nieren an die Ansprüche des Organismus quoad Wasserabgabe bilden (v. Korányi l. c.) und wurde durch die klassischen Forschungen seiner Schüler Kövesi und Roth-Schulz in Bezug auf ihre symptomatische Verwertbarkeit in der Diagnose der verschiedenen Nierenerkrankungen angewendet. Nachdem der Harn des Kranken im Einzelversuch durch 24 Stunden viertelstündlich gesondert auf Δ bestimmt worden war, trank der Patient am folgenden Tage 1·8 l Salvatorwasser (Eperieser Lithionquelle) im Verlauf einer Stunde, worauf der Harn halbstündlich gemessen und abermals separat auf Δ untersucht wurde. Zunächst ergab sich bei gesunden Versuchspersonen eine bedeutende, mit der Wasserzufuhr parallel gehende Akkomodationsfähigkeit der Nieren, manifest durch das Herabsinken von Δ von 1·35° vor auf 0·24° nach dem Wassertrinken. Aber auch Zahlen wie 2·05 : 0·09, — 1·91, — 0·10 etc. wurden beobachtet. Die Sekretion des dergestalt verdünnten Harnes dauerte zwei bis drei Stunden, worauf derselbe allmählich wieder zur mittleren Konzentration rückkehrte. Bei parechymatösen Nephritiden fand sich dieses physiologische Anpassungsvermögen stark herabgesetzt, ja sogar aufgehoben. Die früher als physiologisch angesprochenen Differenzen von 1·90° machen hier Schwankungen von kaum 0·10—0·12° Platz, und in solchen Fällen, wo die Differenz in der Molekulardiurese erheblicher war, bestanden nur Störungen geringeren Grades, so daß man eine vikariierende, wenn auch nicht völlig kompensierende Funktion des gesund gebliebenen Parenchyms annehmen konnte. Die Differenzen sind daher der Schwere des Falles proportional. Dagegen fand sich bei interstitiellen Nephritiden keine derart ausgesprochene Differenz gegenüber der gesunden Niere. Die Fähigkeit der Schrumpfniere, einen verdünnten Harn zu sezernieren, bleibt hinter dem diesbezüglichen Arbeiten der gesunden Niere wenig oder kaum zurück, wohingegen sie einen molekular stark konzentrierten Harn nicht zu produzieren vermag. Dieselben Autoren fanden ferner die Verdünnungskraft der Nieren herabgesetzt bei Vitien im inkompensierten Stadium (bei kompensierten keinerlei Störung). Der Schwerpunkt dieser Methode (Kombination von Δ-Bestimmung mit Verdünnungsversuch) liegt daher in der Konstatierung der Veränderlichkeit von Δ, aus welcher sogar bis zu einer gewissen Grenze die anatomische Differentialdiagnose des bestehenden Nierenprozesses gewonnen werden kann. Während also die Hyposthenurie die Abnahme der wasserresorbierenden Kraft der Niere stigmatisiert, beweist ein negativer Verdünnungsversuch die Herabsetzung der wassersezernierenden Tätigkeit derselben.

Der Vollständigkeit halber sollen hier noch Untersuchungen angeführt werden, welche in jüngerer Zeit ausgeführt wurden, um das Verständnis der kryoskopischen Ergebnisse zu erleichtern. Es sind dies Gefrierpunktsbestimmungen, die an tierischen Organen ausgeführt wurden, um den osmotischen Druck, der unter verschiedenen Bedingungen im tierischen Körper bestehe, fixieren zu können. Die ersten Versuche stammen von Sabbatini. Dieser untersuchte verschiedene tierische Organe (Leber, Niere, Muskel) in Bezug auf den Gefrierpunkt und nimmt diesen als Maßstab für den osmotischen Druck in denselben an. Außerdem untersuchte er den Gefrierpunkt der Organe nach dem Tode, im ermüdeten, im ausgeruhten Zustand, während der Verdauung etc. Diese Versuche wurden von Blanck nachgeprüft. Derselbe exstirpierte Kaninchen eine Niere und brachte dieselbe sofort (nach fünf Minuten, also lebendfrisch) nach Entfernung der Cap-

Digitized by Google

sula propria in die Gefrierröhre. (Die Differenz des Gefrierpunktes der Niere von dem des destillierten Wassers gibt nun den eigentlichen Gefrierpunkt des Organes, also z. B. Δ Niere = — 0·75°, Δ Aqu. dest. = + 0·16°; Differenz = — 0·91°. (Sabbatini, Durchschnitt — 0·94°.) Die Gefrierpunkte der gesunden Nieren schwankten zwischen 0·86—1·35°, der Mittelwert 1·03. Unter reichlicher Wasserzufuhr sinkt der osmotische Druck in der Niere um ein weniges, etwas mehr bei Einfuhr salinischer Wässer, bei lebhafter Diurese (durch subkutane Diuretinapplikation) wird die osmotische Spannungsverminderung noch auffallender. Künstliche Harnstauung, Phloidzineinspritzung, ja selbst pathologisch-anatomische Veränderungen schwerer Natur brachten keine Differenz im physikalisch-chemischen Verhalten gegen die Norm.

Wir können also in der Kryoskopie des „gemischten" Harnes nur eine Vertiefung unserer diagnostischen Behelfe bei doppelseitigen Nephritiden erblicken. Positiv verwertbare Resultate kann uns dieselbe nicht bieten, und der innere Kliniker, dessen Domäne ja nach altem Herkommen die diffusen Nierenentzündungen bilden, darf keine einzige bisher unerläßliche diagnostische Methode vernachlässigen, will er durch die Kryoskopie allein nicht empfindliche Täuschungen erleben. Daß die kryoskopische Untersuchung in jüngster Zeit auch für therapeutische Momente maßgebend geworden, möge hier nur beiläufig erwähnt werden.

Im Gegensatz zu diesen Erkrankungen stehen die einseitigen Nierenprozesse an der Grenze zwischen dem Internen und dem Messer des Chirurgen. Hier kann es sich oft darum handeln, durch radikale Entfernung der Krankheitsursache eine Restitution zum gesunden Zustand herzustellen, wenn die sogenannte „andere" Niere es gestattet. Selbstredend ist man hier, wo menschliches Leben und menschliche Gesundheit auf dem Spiele stehen, ordentlich ins Zeug gegangen und bemächtigte sich auch der Kryoskopie zur Vergleichsdiagnose zwischen rechts und links. Daß die hiebei gewonnenen Zahlen mehr Anspruch auf Genauigkeit erheben können, leuchtet schon darum ein, weil die untersuchten Harne nicht Mischurine sensu stricto darstellen, sondern wenigstens jeder aus der korrespondierenden Niere entstammt, ohne sich vor der Untersuchung in der Blase vermengen zu können.

Casper und Richter gebührt das Verdienst, die getrennte Untersuchung des Harnes jeder Niere mittels der Kryoskopie eingeführt zu haben. Die große Frage, deren Beantwortung im Einzelfall von der größten Wichtigkeit ist, spitzt sich auf die Bestimmung der Arbeitsleistung jeder einzelnen Niere zu, resp. auf die Funktionstüchtigkeit oder -Untüchtigkeit der zweiten, als gesund angesprochenen Niere.

Hiebei müssen wir zunächst die technischen Methoden zur Gewinnung des nach beiden Nieren gesonderten Sekrets ins Auge fassen.

Diesbezügliche Versuche reichen historisch bis in die Jahre 1874 und 1875 zurück und wurden ursprünglich meistens durch irgend einen operativen Eingriff eingeleitet. Der erste, welcher sich an die Uretersondierung heranwagte, war der geniale Heidelberger Nierenchirurg Simon, welcher in Analogie mit seiner Rektalpalpation der inneren Organe die weibliche Urethra digital erweiterte, sodann unter Leitung des verwendeten Fingers einen geknöpften Metallkatheter in die Harnleiteröffnung einschob.

Außer der unblutigen Dilatation der weiblichen Urethra führten in der Folge andere Operateure minder gleichgiltige Eingriffe aus (Sectio alta, perinealis, Kolpozystotomie, Ligatur des Ureters von der Vagina aus), um den einen Ureter zeitweilig zu verschließen, doch konnte verständlicherweise keine dieser Operationen populär werden, da ja das diagnostische Resultat in krassem Mißverhältnisse zu der Schwere des Eingriffes stehen mußte. Kein Wunder also, wenn man sein Augenmerk auf unblutige, minder eingreifende und gefährliche Maßnahmen, speziell solche instrumenteller Natur, lenkte, um zu demselben Ziele zu gelangen. Tuchmann war der erste, der im Jahre 1874

Digitized by Google

mittels seiner „Harnleiterpinzette", einem lithotriptorartigen Instrument, den einen Ureter intravesikal abklemmte, um sodann den aus dem anderen Ureter durch die Blase abfließenden Harn auffangen und untersuchen zu können. Eine Modifikation dieses Instruments gab Ebermann 1876 an, bestehend in einem zweiarmigen Kompressorium, dessen eine Branche in das Rektum, die andere in die Blase appliziert wurde. Viele andere, heute in die Rumpelkammer verbannte Werkzeuge sind seither angegeben worden (z. B. von Pawlik, Fenwick), die jedoch meist nur von dem virtuosen Erfinder selbst gehandhabt wurden.[1]) Meist waren dieselben nur beim Weibe praktikabel und wurden unter Leitung des Fingers oder einfach im finsteren eingeführt. Die Wiedergeburt des Endoskops durch Grünfeld veranlaßte späterhin verschiedene Forscher zur endoskopischen Exploration der Uretermündungen auch beim Manne. So benützte Howard Kelly zur Untersuchung der männlichen Blase ein gerades Rohr, das, mit einem Obturator versehen, eingeführt wird, und durch das dann Luft in die Blase eingelassen wird. Die Beleuchtung des Blaseninneren geschieht vermittels eines Stirnreflektors durch die elektrische Lampe. In späterer Zeit suchte man den Harn aus beiden Nieren dadurch getrennt aufzufangen, daß man eine Scheidewand in der Blase zwischen beiden Harnleiteröffnungen aufrichtete. Das erste derartige Instrument beschrieb Neumann 1897, später Harris, der sein unter dem Namen Urinsegregator bekanntes Instrument folgendermaßen anwendete: In das Rektum, bezw. in die Vagina wird ein Septum eingeführt und gegen die hintere Blasenwand angedrückt; diese wölbt sich dadurch in der Mittellinie vor und teilt die Blase gleichsam in zwei Hälften. In die Blase werden zwei feine, in der Mitte in einer gemeinsamen Hülse befestigte silberne Katheter eingeführt und dann so gedreht, daß jeder in eine der durch das Septum gebildeten Blasenhälften zu liegen kommt. Jeder Katheter kommuniziert durch einen Gummischlauch mit einer Flasche, in die der Urin vorsichtig aspiriert wird. Das Verfahren soll nur dann mit Erfolg anwendbar sein, wenn die Blase mäßig gefüllt ist und der Urin nicht von einer Tasche in die andere laufen kann.

Eine Modifikation dieses Instruments bildet der noch heute angewendete „Separate-Urine-Siphon" von Downes, den Freudenberg, der ihn hier demonstrierte, mit „urinseparierender Heber" übersetzte. Der Heberwirkung allein kommt jedoch keine wesentliche Bedeutung zu, da man die Blase statt mit Flüssigkeit auch mit Luft füllen kann. Das Instrument ist bei beiden Geschlechtern anwendbar, die beiden Katheter sind, ähnlich wie bei Harris, in einer Metallplatte fixiert und innerhalb dieser einzeln um ihre Längsachse drehbar. Das Instrument wird geschlossen eingeführt, in der Blase werden sodann durch Drehung der beiden Röhren um zirka 135° die Schnäbel so auseinandergelegt, daß die beiden Augen auf den Blasenboden in die Nähe der beiden Uretermündungen zu liegen kommen. Liegt dieser Teil des Instruments, dann wird das Septum (beim Manne der Prostata wegen stärker abgeknickt) in die Vagina, bezw. das Rektum eingeführt und zwischen die beiden Blasenteile hineingedrückt. Durch eine am peripheren Ende des nun kombinierten Instruments eingeführte Schraube werden die beiden Teile desselben in der entsprechenden Lage fixiert. Nach Abfluß der vorher applizierten Flüssigkeit (Entweichung der Luft) beginnt der Harn zu fließen, und zwar sofort, wie er aus dem Harnleiter in die Blase gelangt. Das intermittierende Abfließen des Harnes erinnert an die Art der Urinentleerung beim Ureterenkatheterismus, die abwechselnde Entleerung sichert das gesonderte Auffangen des Nierensekrets. Das Instrument ist leicht einführbar und wird ohne Schmerzen gut vertragen. Nach Beendigung der Untersuchung wird das Instrument in umgekehrter Reihenfolge wie bei der Ein-

[1]) Genaue Literaturverzeichnisse finden sich in den Arbeiten von Adrian, Casper, Cathelin, v. Illyés, Schede etc. (vgl. Literaturverzeichnis am Schlusse dieser Arbeit).

Digitized by Google

führung entfernt, vor dem Herausziehen des Blasenteiles zur Verhinderung von Schleimhauteinklemmungen die Blase durch eine der beiden Röhren mit Flüssigkeit angefüllt.

Ungefähr in dieselbe Zeit fallen Instrumente französischer Provenienz, deren erstes der Brüsseler Lambotte 1890 angegeben. Das „cloisonnement" wird hiebei durch eine anterioposteriore mediane Kautschukmembran hergestellt, welche mittels einer Doppelsonde in die Blase appliziert wird, deren Boden dadurch abwärts gedrückt wird. Weit bekannter wurde das Luys-Hartmannsche Instrument unter dem Namen Urodiérétère, das Cathelin'sche (diviseur vésical graduè), endlich die der jüngsten Zeit (1903) enstammenden neuen Modelle Lambottes und Hocks und Nicolichs. Allen diesen Instrumenten haften jedoch Schwierigkeiten und Mängel an. Sie funktionieren nur bei Blasen mit genügender Kapazität, während sie bei empfindlichen Blasen überhaupt nicht angewendet werden können und geschieht ihre Applikation wohl stets auf Kosten der Genauigkeit, da eine absolute Trennung der Blase in die beiden entsprechenden Hälften wohl niemals herzustellen ist und ein Teil des Urins immer noch unter der Scheidewand in den anderen Blasenabschnitt überfließen kann. Keinesfalls können sämtliche segregierenden Methoden der Konkurrenz einer anderen, viel präziseren und genaueren, dem Katheterismus der Ureteren, standhalten, sondern nur dann in ihre Rechte treten, wenn im speziellen Falle dieser nicht ausführbar oder wegen begründeter Infektionsgefahr gefährlich ist, endlich differentialdiagnostisch bei bestehender Hämaturie, da der Ureterenkatheter in zirka 50% der Fälle selbst eine Blutung provoziert (Freudenberg).

Der Katheterismus der Ureteren verdankt seine Geburt einer sinnreichen, einfachen und ungefährlichen Konstruktion, dem Kystoskop. Seit man mit Hilfe desselben das Blaseninnere künstlich beleuchten, die Ureterenmündung durch eine einfache Drehung des Instruments einstellen kann, ist es ein leichtes, ohne Voroperation mit Sicherheit den direkt aus der Niere stammenden Harn zutage zu fördern. Die hieher gehörigen Erfindungen, die mit den Namen Brenner, Nitze, Casper und Albarran verknüpft sind, entstammen zwar erst den beiden letzten Dezennien, sind aber bereits Gemeingut der Aerzte aller Nationen geworden, so daß sich hier füglich eine genauere Beschreibung derselben erübrigt. Was der Katheterismus der Ureteren trotz der kurzen Zeit, da er sich gewissermaßen das Bürgerrecht erworben, schon alles geleistet hat, ist noch in unmittelbarer Erinnerung, und sei hier nur auf das ausführliche Sammelreferat Adrians wie auf die Publikationen Caspers (l. c.) verwiesen. Natürlich hat es nicht an Stimmen gefehlt, welche das Sondieren der Harnleiter als entbehrlich, ja schädlich und gefährlich hingestellt (Israel) und erst im Dezember 1898 fand eine eingehende Diskussion über Nutzen und Schaden der Methode in der Berliner medizinischen Gesellschaft statt, in welcher Gegner und Anhänger der Methode sich heftig bekämpften; heute, da die Erfolge den pro-Rednern recht gegeben, ist jeder Zweifel behoben und muß man im Einzelfall stets auf das segensreiche Instrument zurückkommen. Naturgemäß sind jetzt auch die Segregatoren verlassen, da jeder beide Methoden praktizierende Beobachter an größerem Materiale einwandsfreiere und sicherere Resultate mit dem Harnleiterkatheterismus erhalten (Kapsammer, Kümmell, Cohn, van Poel etc.).

Was also leistet der Ureterkatheter? Er gestattet zunächst eine sichere Diagnose, ob im gegebenen Fall eine Niere überhaupt erkrankt ist, in Kombination mit chemischen Untersuchungen, welche Nierenseite erkrankt ist, er erbringt den zweifellosen Nachweis, ob dann die zweite Niere vorhanden ist, und, wieder in Kombination mit der Kryoskopie etc., wenn auch nur cum grano salis, ob die „andere" Niere allein den beiden zufallenden Aufgaben gewachsen ist.

Zunächst muß jedoch auch die Ungefährlichkeit des in den Harnleiter von

Digitized by Google

außen eingeführten Instruments sichergestellt sein. Gewiß ist vom theoretischen Standpunkte die Möglichkeit einer exogenen Infektion gegeben. Abgesehen davon, daß der Ureterkatheter nicht mit „absoluter" Sicherheit sterilisierbar ist, muß man ihn vor der Einführung in das Kystoskop mit den Fingern anfassen; ein Anstreifen des Instruments an Kopf, Haare, Bart etc. des unmittelbar vor dem Okular sitzenden oder stehenden Operateurs ist selbst bei Assistenz durch einen Gehilfen sehr schwer zu vermeiden. Zur Behebung dieses letzterwähnten Mißstands bin ich eben mit der Konstruktion einer Vorrichtung beschäftigt, über die gelegentlich berichtet werden soll. Allein die Praxis hat ergeben, daß der Ureterkatheter bei entsprechender Handhabung eigentlich gar nicht so bösartig ist, sondern in allen Fällen gut vertragen wird. Abgesehen von den diesbezüglichen Angaben der hauptsächlichen Förderer des Instruments (Casper, Kümmell etc.), konnte z. B. Margulies in 200 Fällen kein einzigesmal Temperaturansteigen bei fieberfreien Kranken beobachten, zumal seit man nach Caspers Angaben die Harnleitersonde behufs Gewinnung von 20 cm³ Harn (10 cm³ für die kryoskopische Untersuchung, 10 cm³ für eine eventuelle Kontrolle) ½ bis höchstens 1 Stunde liegen läßt; gewiß ein Fortschritt gegenüber dem früheren Usus, den Katheter 24, ja 44 Stunden (v. Illyés) in situ zu belassen. Sehr plausibel erscheint auch die prophylaktische Instillation von 1%iger Arg. nitr.-Lösung (Albarran) oder 1‰iger Sublimatlösung (Casper), über die auch Kapsammer berichtet, in den sondierten Ureter.

Zum Schlusse sei hier noch ein der neuesten Zeit angehörendes Verfahren erwähnt, das Voelcker und Joseph unter der Marke „funktionelle Nierendiagnostik ohne Ureterkatheter" einführten. Die beiden Autoren geben den Nieren auf hämatogenem Wege gleichsam ein Probefrühstück und beobachten auf kystoskopischem Wege, wie sich die beiden Nieren in die Erledigung dieser Arbeit teilen. Anschließend an die in dem ersten Teile dieses Berichtes ausführlicher erwähnten farbenchemischen Methoden, versuchten sie zunächst das Methylenblau, später Jodkali mit Wasserstoffsuperoxyd, dann noch Salizylsäure mit Eisenchlorid, aber alle diese Experimente scheiterten daran, daß immer Urinspuren vorhanden waren, die das Arzneimittel mitführten, die Reaktion auslösten und dergestalt keine Ureterreaktion darboten. Endlich gelang es den Genannten, im Indigkarmin (indigschwefelsaurem Natron, Carminum caeruleum) den gewünschten Farbstoff zu finden, der schon einen historischen Platz in der Nierenphysiologie einnimmt (Heidenhain-Ludwig'sche Filtrationstherorie), den Vorzug hat, fast allein durch die Nieren ausgeschieden zu werden (Schweiß, Speichel, Stuhl, Galle werden bei Applikation kleiner Dosen nicht gefärbt), ungiftig und unschädlich zu sein, endlich im Gegensatz zum Methylenblau unverändert durch den Körper hindurchgeht, ohne sich zu Leukoprodukten zu reduzieren. Nach originellen Tierversuchen, welche nochmals die Unschädlichkeit des Indigkarmins ergaben, injizierten V. und J. 4 cm³ einer 4%igen, entsprechend sterilisierten Lösung, also 0·16 Farbe warm in die Glutäalmuskulatur, ohne hiedurch jemals Störungen des lokalen oder allgemeinen Befindens zu beobachten. Bereits nach 20 Minuten kann man kystoskopisch die Ureterkontraktionen durch den blauen Strahl sinnfällig machen, eventuell sogar beide Mündungen gleichzeitig einstellen.

Mit Hilfe dieser Methode kann man Ureteren leicht einstellen, welche sonst aus welchen Gründen immer der kystoskopischen Aufsuchung nicht oder sehr schwer zugänglich sind, indem man einfach die blaue Wolke bis an ihren Ursprungsort verfolgt; man weist das Vorhandensein oder Fehlen des zweiten Ureters nach, entscheidet, ob der Ureter der einen oder beider Seiten von einer Geschwulst komprimiert oder umwachsen ist, beispielsweise bei einem Carcinoma uteri oder verschiedenen anderen Neubildungen des kleinen Beckens. Man kontrolliert endlich den Typus der Ausscheidung, wodurch man durch Vergleich von

Digitized by Google

rechts und links ein, wenn auch nur oberflächliches Bild über die Arbeitsteilung in der Sekretion erhält. Das Ausschalten des vielleicht doch nicht immer ungefährlichen und technisch nicht ganz einfachen Ureterkatheterismus ist wohl der Hauptvorzug derselben, wie auch seitens der Nachprüfer (Hofmeier, Kapsammer) bestätigt wird. Sehr richtig betont Kapsammer, daß Voelcker und Joseph gerade jener Methode, welche sie durch ihre „Chromozystoskopie" entbehrlich machen wollten, dem Harnleiterkatheterismus, nur Vorschub geleistet, da nach ihrer Methode das Aufsuchen der Uretermündung zur Ausführung des Sondierens erheblich erleichtert wird. Keineswegs kann die chromozystoskopische Methode den Katheter verdrängen, und muß man vorderhand den weiteren Ausbau der jüngsten Methode, die in der Hand der Erfinder nach ihren neuesten Angaben schöne Resultate gezeitigt, mit Geduld abwarten. Keineswegs kann man man sich aber mit Karo einverstanden erklären, der über die Farbstoffprüfung als einer rückständigen Methode von vornherein den Stab bricht.

Endlich sei noch ein wohl nicht sicherer, aber immerhin bemerkenswerter Kunstgriff erwähnt: Nicolich hilft sich in jenen Fällen, in welchen weder der Ureterkatheter noch Segregatoren anwendbar sind, auf folgende Weise: Gründliche Blasenwaschung, Einlegen eines dünnen Katheters in die Blase, hierauf massiert er zuerst die eine, dann die andere Nierengegend. Bei Massage der gesunden Niere soll sich klarer, nach der Massage der kranken eitriger Harn entleeren. Nicolich verfügt über diagnostische Ergebnisse, welche durch operative Autopsie bestätigt wurden. Nachprüfungen dieses wohl nur im äußersten Notfalle gestatteten Behelfes stehen noch aus. (Fortsetzung folgt.)

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Ueber den Einfluß des alpinen Klimas auf Nephritis und „zyklische" Albuminure. Von Dr. Paul Edel.

Nach Beobachtungen des Vf. ist das alpine Klima für Nephritiker (und auch für Menschen mit erhöhtem Blutdruck ohne Nephritis) ungeeignet, denn schon nach kurzem Aufenthalte in den Bergen konnte Vf. bei seinen Patienten eine unverkennbare Steigerung des Blutdruckes wahrnehmen. Anders verhält es sich bei zyklischer Albuminurie; bei ihr ist der Blutdruck zu niedrig, die Leistungsfähigkeit des Herzens eine minderwertige, die Neigung zu abnorm rascher Ermüdbarkeit eine große. Stellt man diesen Symptomen die in Betracht kommenden Wirkungen des alpinen Klimas gegenüber, so zeigt sich, daß das alpine Klima alles das begünstigt, woran es bei zyklischer Albuminurie fehlt, nämlich Steigerung des Blutdruckes, Kräftigung des Herzens, insbesondere, wenn gleichzeitig das Bergsteigen geübt wird, ausgiebige, respektive vertiefte Atmung und erhebliche Steigerung der Ausdauer. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 19, 1904.) Laub.

Ueber Veronal. Von Dr. Julius Jolowicz. (Aus der inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses in Posen. Dirig. Arzt: Dr. Pauly.)

Vf. hat das Veronal bei zirka 50 Fällen angewandt und hat überall dort auffallend gute Wirkungen erhalten, wo allgemein nervöse Ursachen den Schlaf fernhielten; auch bei geringem Hustenreiz, bei mäßigen Schmerzen konnte das Mittel den Schlaf noch erzwingen. Es ließ jedoch völlig im Stiche, wenn starke Schmerzen oder hochgradige Atemnot den Schlaf verscheuchten. Wurde jedoch in diesen Fällen neben dem Hypnotikum eine sehr

Digitized by Google

geringe, sonst wirkungslose Dosis Morphin oder Heroin (0·003) gereicht, so trat fast immer die schlafmachende Wirkung des Veronals ein. Nebenwirkungen auf Puls und Urin konnten nicht beobachtet werden, ebenso wurde eine Gewöhnung an Veronal nicht bemerkt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22, 1904.)

Laub.

Ein neues Dysenterieheilserum und seine Anwendung bei der Dysenterie. Von Dr. L. Rosenthal. (Aus dem Bakteriologischen Institut der Universität [Direktor: Dr. Gabritschewsky] und dem Alt-Katharinenspital [Direktor: Dr. Sarytschew] in Moskau.)

Nach zahlreichen Vorversuchen gelang es Vf., zwei Pferde mit Kulturen und Toxinen des Shiga-Kruse'schen Bazillus zu immunisieren und ein Serum zu erhalten, welches Dysenteriekulturen bei einer Verdünnung von 1 : 1500 agglutinierte, im Dysenterietoxin bei einer Verdünnung von 1 : 10 bis 1 : 20 spezifische Kraus'sche Niederschläge hervorrief und innerhalb 3—7 Stunden Dysenteriestäbchen tötete, so daß sie bei weiteren Ueberimpfungen auf andere Nährböden nicht mehr wuchsen. Das Dysenterieheilserum besitzt stark schützende und heilende Eigenschaften. Es genügt bereits das Hinzufügen von Minimaldosen des Serums ($^1/_{50}$—$^1/_{80}$ mg) zu einer in die Bauchhöhle von Meerschweinchen eingeführten Dysenteriekultur, um die Tiere vom Tode zu schützen, der bei Kontrolltieren nach einigen Tagen eintritt. Wurde ferner einem Meerschweinchen am Tage nach der Infektion 0·50 cm³ des Heilserums injiziert, so blieb es am Leben, während das Kontrolltier innerhalb der nächsten 24 Stunden zugrunde ging. Außerdem ist das Serum antitoxisch.

Dieses Heilserum benützte Vf. zur Zeit einer Epidemie, die von Mitte Juni bis Oktober 1903 in Moskau herrschte. Im ganzen wurden mit dem Heilserum 157 Kranke behandelt. Ungefähr 15% aller Kranken wurden im Laufe der ersten drei Tage der Krankheit aufgenommen, gegen 50% im Laufe der zweiten Hälfte der ersten Woche, zirka 25% im Laufe der zweiten Woche und die übrigen 10% noch später. Von Medikamenten bekamen die Patienten zum allergrößten Teile nur Tinct. valerianae und Koffein. Abführmittel und Klysmen wurden ausgeschlossen.

Die angewendete Dosis des Serums betrug im Durchschnitt 1—2 Flacons (20 bis 40 cm³). In schweren Fällen mußte mehr eingespritzt werden (bis zu 7 Flacons). Die Injektionen vertrugen die Patienten ohne irgend welche Beschwerden, und nur an der Injektionsstelle bestand während 24 Stunden eine Schmerzhaftigkeit.

Die Wirkung des Heilserums war besonders dann frappant, wenn es während der ersten drei Tage der Erkrankung injiziert wurde. Hier wurde in der Mehrheit der Fälle 1—2 Tage nach der Injektion der Krankheitsprozeß koupiert, Blut und Schleim verschwanden, Schmerzen und Tenesmen hörten auf und Patient wurde vollständig gesund.

Ebenso wohltuend, wenn auch nicht so rasch, ist die Wirkung des Heilserums bei späterer Anwendung (am Ende der ersten Woche), wenn die Krankheit im vollen Zuge ist und alle Krankheitssymptome sehr ausgeprägt sind. In solchen Fällen konstatieren alle Kranken gewöhnlich bereits 18—20 Stunden nach der Injektion eine Besserung, Schmerzen und Tenesmen werden weniger quälend und der Stuhldrang seltener. Nach weiteren 24 Stunden tritt eine ausgesprochene Wendung zur Besserung ein: Tenesmen und Schmerzen vergehen fast völlig, Blut und Schleim verschwinden, es tritt Appetit ein. Im Laufe von 2—3 Tagen werden alle Krankheitssymptome allmählich schwächer und der Kranke wird gesund. Dabei fehlen auch die Abmagerung und die Schwäche, welche sogar während der Rekonvaleszenz nach Dysenterie so häufig zu beobachten sind.

Auch noch in sehr schweren Fällen, wo schon alle Erscheinungen größter Schwäche eingetreten sind, Puls klein, Extremitäten kalt, und Sphinkter gelähmt sind, offenbarte sich die wohltuende Wirkung des Serums.

Während die Sterblichkeit im Alt-

Digitized by Google

Katharinenspital unter dem Einflusse des Heilserums 4½% betrug, schwankte dieselbe in den anderen Krankenhäusern Moskaus, in denen das Heilserum nicht zur Anwendung kam, zwischen 10 und 11·7%. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19, 1904.) Laub.

Validol und Seekrankheit. Von Dr. K. Koepke, Schiffsarzt.

Das von Prof. Scognamiglio in Neapel in die Therapie der Seekrankheit eingeführte Validol hat Vf. in den letzten drei Jahren in vielen hundert Fällen angewendet und nur selten ein Versagen des Mittels beobachtet. Vf. empfiehlt folgendes Verfahren: Im Anfangsstadium der Seekrankheit erhalten die Patienten ein Stück Zucker mit 10—15 Tropfen Validol und die Weisung, sich für eine halbe Stunde niederzulegen. Hinterher dürfen sie ein Glas Wein trinken und etwas Biskuit dazu essen. Dies genügt fast ausnahmslos. In den schwereren Fällen, bei Personen, die durch tagelang anhaltende Seekrankheit körperlich und psychisch schon stark heruntergekommen sind, wird sofort Bettruhe verordnet und nachher das Validol auf Zucker gereicht. Eine halbe Stunde später erhält Patient teelöffelweise zwei rohe Gelbeier mit Sherry und Eis verrührt. Fast ausnahmslos bleibt dieses Getränk. Nachdem man dann mehreremale dieselbe Prozedur im Laufe des Tages wiederholt hat, kann man dann allmählich wieder andere leichte Diät erlauben. — (Therap. Monatsh., H. 6, 1904.) Laub.

Einiges zur Behandlung der Hämoptoë in Lungenheilstätten. Von Penn Milton.

Vf. stützt seine Bemerkungen auf seine große Erfahrung, die er gewann, 1. als Patient einer deutschen Heilanstalt, wo er Heilung fand, 2. durch sein Studium in verschiedenen Anstalten und 3. bei der Nachbehandlung von entlassenen Heilstättenkranken in ihrem Heim.

Er teilt die Lungenblutungen in vier Gruppen:

I. Auftreten derselben im Frühstadium, als erstes Symptom, bevor die Tuberkulose physikalisch nachgewiesen werden kann. Manchmal nach Trauma oder Körperübung. Wahrscheinlich bedingt durch Kongestion in den Lungengefäßen, aus deren Kapillaren das Blut durch Diapedesis (? Ref.) hindurch tritt. Selbst große Blutung gefährdet das Leben nicht. Die Behandlung besteht, wenn keine Kontraindikation vorhanden ist (s. u.) in Bewegung (!), die jedoch vom Arzte streng individualisierend angegeben und überwacht werden muß. Es soll dadurch Ableitung des Blutes von den Lungen in die übrigen Gefäße, speziell der Extremitäten bewirkt werden. Entgegen der alten Anschauung, hält Vf. gerade diese Fälle für prognostisch sehr günstig. Kontraindikationen für Bewegung sind: Fieber, sehr starker Blutverlust (in diesen Fällen Bettruhe und reichliche Ernährung), ferner hochgradige Nervosität (Therapie: Liegekur im Freien).

II. Auftreten im Stadium der Infiltration. Die Blutung ist meist geringfügig, wahrscheinlich bedingt durch Ulzeration der Bronchialschleimhaut. Therapie: Gewöhnliche Anstaltsbehandlung und -Ernährung; auch hier geregelte Bewegung. Bei hohem Fieber Bettruhe, bei niedrigem Ruhekur im Freien.

III. Im Stadium der Kavernenbildung. Diese Blutung ist gefährlich und führt oft rapid zum Ende. Die Aetiologie ist Ruptur eines Aneurysma, oder Usur einer Arterienwand. Der Blutverlust kann verschieden groß, die Blutung kann plötzlich und beträchtlich sein oder in tagelang andauerndem Blutspucken bestehen. Da Vf. die Spontanheilung durch Thrombusbildung bezweifelt, besteht seine Therapie in Begünstigung derselben durch Herabsetzung der Pulsfrequenz und des Blutdruckes und möglichste Ruhigstellung der Lungen. Absolute Bettruhe, Wärmflasche an das Fußende, Morphium. Der Wert des auf die Brust gelegten Eisbeutels, sowie des Eisschluckens ist zweifelhaft. Anfangs leichte Diät, dann gute Ernährung. Alkohol nur bei Kollaps oder hohem Fieber.

IV. Hämoptoë bei plethorischen Individuen. In diesen Fällen ist die Blutung eine von der Natur (!) bewirkte Herabsetzung des Blutdruckes, die man

Digitized by Google

nicht verhindern soll. Therapie: Abführmittel, viel Bewegung (!), eingeschränkte Diät.

Wiewohl man dem Vf. in mancher Beziehung (Ernährung, Alkoholdarreichung) zustimmen kann, steht er doch mit seinen Ausführungen im allgemeinen wohl im Einklang mit den bekannten Anschauungen eines deutschen Heilstättenleiters, doch zweifellos in krassem Gegensatz zur Ansicht sämtlicher übriger Aerzte Deutschlands, die sich mit dem Wesen und der Behandlung der Lungentuberkulose befassen. — (British med. Journ., March 19, 1904.) Baer.

Zwei Fälle von Lungenaffektion mit Dämpfen von Thoriumnitrat behandelt. Von Gordon Sharp.

Zu 500 g einer 20%igen Lösung von Thoriumnitrat wird tropfenweise Ammoniak beigegeben bis zur Bildung des ersten Niederschlages. Dann läßt man die verschlossene Flasche zur Bildung des Gases 24 Stunden stehen. Von diesem soll der Patient jeden Tag durch eine Stunde inhalieren und da sich alle 12 Stunden genügend Gase angesammelt haben, so können täglich zwei Kranke den Apparat benützen.

Vf. hat zwei auf Tuberkulose verdächtige Patienten auf diese Weise in zwei bis drei Wochen wesentlich gebessert. Bei dem einen verschwand bald bestehendes pleuritisches Reiben.

Vf. hält das Thoriumnitrat nicht für ein Spezifikum, hofft aber, daß weitere Versuche den Wert dieses Präparates zeigen werden. — (British med. Journ., March 19, 1904.) Baer.

Inhalation von phenylpropiolsaurem Natrium gegen Kehlkopf- und Lungentuberkulose. Von Dr. Bulling.

Drei Fälle von glänzendem Erfolge mit obengenannter Methode. (Das betreffende Mittel ist dem Hetol nahe verwandt.) Vf. wünscht die Anwendung derselben in allen nicht absolut hoffnungslosen Fällen von Kehlkopf- und Lungentuberkulose, und zwar in Verbindung mit der üblichen hygienisch-diätetischen Behandlung. Die Anwendung der Inhalation geschieht zweimal täglich durch $^1/_2$ Stunde mit steigender Temperatur des Sprays von 25—30° auf 42—45°. (Durch die Hitze soll Bier'sche Stauung entstehen und die Wirkung erhöhen.) Dosis: mit $^1/_2$%iger Lösung beginnend auf 3% steigend. Da Vf. Reaktionserscheinungen, wie leichte Temperatursteigerung, Ausbreitung des Katarrhs beobachtete, ist Vorsicht jedenfalls geboten. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 17, 1904.) Baer.

Ueber Inhalationsversuche mit phenylpropiolsaurem Natron nach Dr. Bulling. Von Elkan und Wiesmüller, Planegg.

Versuche an 13 Patienten in verschiedenen Stadien von Lungentuberkulose zum Teil mit Kehlkopfaffektion kombiniert, genau in der von Bulling angegebenen Methodik und Dosierung, fielen günstig aus. Zu einem endgiltigen Urteile ist die Zeitdauer der Anwendung noch zu kurz, doch schwanden bei zwei Patienten, die zwei oder mehr Monate inhaliert hatten, Rasseln und Bazillen. Ein Fall wies auffallende Besserung des Larynxbefundes (trotz schlechten Lungenzustands) auf. Das Medikament wurde gut vertragen; Temperatursteigerungen sollen keine Indikation zur Sistierung abgeben. Der Erfolg war Besserung des Lungenbefundes, Erleichterung der Expektoration. Als ein Zeichen, daß die Lösung in die tieferen Luftwege eindringt (die Inhalation geschieht mittels Thermovariators-Bulling), betrachten die Vf. den Umstand, daß die Patienten noch zwölf Stunden nach der Inhalation beim Expektorieren den Geschmack des Medikamentes wahrnahmen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 18, 1904.) Baer.

Ueber perkutane Kampferanwendung, speziell bei Lungentuberkulose. Von Dr. Koch, Freiburg.

Vf. versuchte die Methode Alexanders, die Lungentuberkulose mit subkutanen Injektionen von Kampferöl zu beeinflussen, mit gutem Erfolg: Temperaturabfall, Erleichterung der Expektoration, Besserung des Schlafes, Zunahme des Appetits und Gewichtes. Auch in

Digitized by Google

schwersten Fällen sah er noch vorübergehende Besserung. Da sich die Injektion bei poliklinischem Material als zu umständlich erwies, kam Vf. dazu, den Kampfer als Einreibung zu geben, und zwar mit einem neuen Salbenkonstituens, dem Perkutilan, das „überraschend schnell durch die Haut durchgeht". Die Salbe erhielt noch einige andere Bestandteile (u. a. Perubalsam, „in dem Gedanken, daß vielleicht durch Abspalten von Zimmtsäure im Körper ein auf die Tuberkulose spezifisch wirkendes Mittel mit einverleibt werden könne"), dann natürlich einen neuen Namen und wird ähnlich der Quecksilbereinreibungskur angewendet. Auch von dieser Anwendungsweise sah Vf. dieselben guten Erfolge, wie von der subkutanen Injektion. Kranke des ersten Stadiums brauchten ihren Beruf nicht aufzugeben, auch bei solchen des zweiten Stadiums erzielte Vf. Dauererfolge und Heilungen. Das Mittel wirkte auch bei Emphysem und Bronchitis expektorierend; zu Lungenblutungen disponiert es nicht, dagegen scheint es als Abortivum zu wirken.

Vf. leugnet nicht den suggestiven Einfluß der Behandlung, nach Ansicht des Referenten schlägt er ihn noch viel zu niedrig an. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18, 1904.) Baer.

Erfahrungen bei der hydriatischen Behandlung von Lungenkrankheiten. Von Brieger.

Die hydrotherapeutischen Mittel veranlassen bei Erkrankung der Respirationswege Entlastung oder stärkere Durchblutung der erkrankten Partien (reflektorische Beziehungen zwischen Atmungsorganen und Haut).

Sie wirken expektorierend besonders bei katarrhalischer Pneumonie. Vorsichtige Anwendung von Halbbad, Frottierung, Nackenguß.

Bei kroupöser Pneumonie tonisierende Wirkung des Herzschlauches; Influenza-Pneumonie feuchte Packung.

Bei Asthma bronchiale bewährte sich besonders heiße, nasse Frottage des Brustkorbes mit nachfolgenden feuchtheißen Umschlägen als den Anfall koupierend. Dauererfolge durch systematische Kur: heiße Halbbäder, kühle Duschen, Abreibungen. B. hält, wie A. Fraenkel, „die Hydrotherapie für die Behandlung des Asthmas geradezu für unentbehrlich".

In der hydriatischen Behandlung der Lungentuberkulose schließt sich B. Winternitz an. Im Anfangsstadium Abhärtungskuren, beginnend mit Teilabreibungen, übergehend zu kräftigeren Prozeduren. Bei Anämischen: Ganzabreibungen direkt aus der Bettwärme mit nachfolgendem $^1/_2$stündigen Verweilen im Bett. Diese Prozedur fördert die Zirkulation wesentlich. In vorgeschrittenen Fällen soll die Kreuzbinde bei reichlichem Sekret die Lunge anämisieren, bei spärlichem dieses verflüssigen, nachfolgende Halbbäder mit Brust- und Rückenguß das Sekret herausbefördern. Bei erschöpfenden Diarrhöen der Phthisiker, selbst bei sicheren Darmgeschwüren, wo jede andere Therapie im Stiche ließ, sah Vf. prompte Wirkung von folgender Prozedur: Kurze Anwärmung im Lichtbad, heißes, langsam abzukühlendes Sitzbad, wechselwarme Fächerdusche.

Durch seine Maßnahmen sah Vf. oft wesentliche Zunahme des Hämoglobins und des Gewichtes. Eine direkte Beeinflussung des tuberkulösen Prozesses durch die Hydrotherapie behauptet er nicht. Dieselbe soll nur die Widerstands- und Leistungsfähigkeit des Tuberkulösen erhöhen und den Appetit anregen; sie soll als roborierendes Mittel der Mischinfektion vorbauen und den Boden für Einleitung einer spezifischen Kur vorbereiten. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15, 1904.) Baer.

Ueber neuere Schlafmittel. Von Dr. E. Raimann.

Chloreton, Trichlortertiärbutylalkohol ist ein weißes, in Wasser schwer lösliches Pulver von kampferartigem Geschmacke, das in Gelatinekapseln gereicht wird. Dosis: 1—4 Kapseln (0·4—1·6 g). Bei leichteren Fällen von Schlaflosigkeit wirkt es in 50% zufriedenstellend; manche

Digitized by Google

Patienten klagten über Kopfschmerz. Klinisch waren keine schädlichen Wirkungen nachweisbar.

Isopral, Trichlorisopropylalkohol ist ein weißes Pulver von aromatischem Geruch, kratzend bitterem Geschmack. Bei den verschiedensten Formen von Agrypnie wirkte 1 g in 50% zufriedenstellend, bisweilen 0·5 g, manchmal versagten auch 2 g. Die Schlafwirkung setzt rasch ein, daher ist es in Fällen, wo das Einschlafen erschwert ist, gut verwendbar.

Rosenthal.

Erkrankungen der Gallenblase und Gallengänge mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zu den Erkrankungen des Magens und der Därme. Von C. A. Ewald.

Das anspruchslose Heftchen bringt nach ätiologischen und differentialdiagnostischen Auslassungen eine Reihe von therapeutischen Angaben, die wie jene in jedem Satze den erfahrenen Kliniker dokumentieren, der die Materie souverän beherrscht und die besonderes Interesse für den Praktiker haben. Besonders bemerkenswert ist der Abschnitt über chirurgische Behandlung. Eine interne Therapie ist nur dann erlaubt und geboten, wenn bei Erkrankungen der Gallenwege, resp. bei Gallensteinen die Verhältnisse so liegen, daß ein Mißerfolg keine direkt schädlichen Folgen für den Patienten mit sich bringt; streng genommen gibt ja nur die Operation die Möglichkeit, eine zweifelsfreie Diagnose zu stellen und definitive Heilung zu erzielen, aber zu diesem Radikalmittel werden sich, wie bei der Appendizitis, aus ähnlichen Motiven wie bei dieser, weder Arzt noch Patient so leicht entschließen, denn der Anfall und die akute Entzündung können vorübergehen, Steine können den Darm passieren und scheinbare Heilung kann eintreten, ohne daß die Gewähr gegeben ist, daß nicht ein späterer Anfall mit schwersten Komplikationen eintritt. Ein erfolgreicher Anfall mit Abgang von Steinen und Ikterus bietet natürlich keine Indikation zu operativem Eingriffe. Größere Meinungsverschiedenheit besteht besonders dem erfolglosen Anfalle gegenüber. Hier haben sich Stimmen pro und contra Operation erhoben. Kehr z. B. ist bei entzündlichen Prozessen dagegen, Naunyn dafür. Durch Adhäsion bedingte Komplikationen sollen stets, wenn möglich, mit dem Messer beseitigt werden, für das auch längere Zeit bestehender Kompressionsikterus reif ist.

Ewalds Standpunkt ist in der Hauptsache folgender:

1. Gegen akute Entzündung und während der Kolikanfälle entzündungswidrige und schmerzstillende Mittel, Magenspülungen mit heißem Wasser, Trinken großer Quantitäten von solchem; nach dem Anfalle gallensaure Salze, ölsaures oder salizylsaures Natron, Oelklysmen, Karlsbader oder Neuenahrer Wasser, täglich Magenspülung mit alkalischem Wasser oder Höllensteinlösung, milde pflanzliche Abführmittel, besonders Podophyllin und Evonymin.

2. Bei schwerer Infektion sofortige Operation.

3. bei wiederholtem erfolglosen Anfalle Operation, wenn der Stein im Hepatikus oder Choledochus sitzt, eventuell auch, wenn er noch im Blasenhals oder Zystikus sitzt.

4. Ist die Diagnose des chronischen Obstruktions- oder Kompressionsikterus sicher, so ist bei mehrwöchentlicher Dauer desselben möglichst frühzeitige Operation geboten. Es wird sich dann gelegentlich auf dem Operationstische ein operables Karzinom des Choledochus finden oder andere operativ entfernbare Veränderungen, die zu Kompression Veranlassung geben; handelt es sich aber um Kompression durch ausgedehnte Neubildungen, z. B. vom Magen ausgehend, oder um Pankreaskrebs mit Einziehung des im Duodenum verlaufenden Teiles des Choledochus, so wird man sich auf eine Zyst-Enteroanastomose beschränken müssen.

Ist als Grund der Obturation ein Stein sicher festgestellt, so kann man bei kräftigen Leuten auch länger (als 5 Wochen) warten, da solcher Ikterus noch nach Monaten aufhören kann.

Die Prognose der Operation ist günstig (4% Mortalität).

Die Nachbehandlung nach operativer

Digitized by Google

Beseitigung der Steine hat in der Hauptsache nicht sowohl in medikamentösen, als in erster Linie diätetischen, gymnastischen und allgemein hygienischen Maßnahmen zu bestehen. — (Mod. ärztl. Bibl., H. 9, 1904.) F. L.

Ueber Thiosinaminwirkung bei Erkrankungen der Verdauungswege. Von Dr. R. Baumstark.

Vf. hat an der Ewald'schen Abteilung des Augustahospitales in Berlin eine Nachprüfung der Thiosinamintherapie vorgenommen, über deren günstige und verkleinernde Einwirkung bei Narben und Adhäsionsbildung am Verdauungstraktus, resp. bei malignen Neubildungen desselben von verschiedenen Seiten schon berichtet worden ist. Er hat sich bei seinen Versuchen einer 20%igen Glyzerinwasserlösung des Thiosinamins bedient und davon jedesmal mit 1 cm^3 injiziert. Bei drei stenosierenden Pylorus- und zwei Oesophaguskarzinomen fehlte jeder Erfolg. Bei den beiden ersten Pyloruskarzinomen handelte es sich um Krebs auf Ulkusbasis, die Patienten starben nach 13, resp. 20 Injektionen. Die Obduktion bestätigte beidemale die Diagnose; bei dem dritten Pyloruskarzinom konnten auch 32 Einspritzungen keine Besserung bringen, Patient hatte nüchtern 400—800 cm^3 Speisereste. Bei den Oesophagusstenosen blieb die Durchgängigkeit resp. Undurchgängigkeit absolut unbeeinflußt. Vf. glaubt, trotz der geringen Zahl von fünf Beobachtungen bei malignen Tumoren, die Möglichkeit einer Einwirkung überhaupt in Abrede stellen zu müssen.

Im weiteren bringt er einige Krankengeschichten benigner Stenosefälle, und zwar handelt es sich im Falle 1 um 56jährigen Mann mit organischer Pylorusstenose auf Ulkusbasis. Fall 2 um 47jährige Frau mit Gastrektasie nach Pylorusstenose auf Ulkusbasis. Fall 3 um 38jährigen Mann mit alter Spitzenaffektion, hochgradiger Gastrektasie nach Ulcusnarbe am Pylorus. Fall 4 um 30jährige Frau mit Ulcus ventriculi, Perigastritis, Gastrektasie, Pylorusstenose. Fall 5 um 36jährige Frau mit Gallensteinen, Cholezystitis, Pericholezystitis. Fall 6 um 35jährige Frau mit Ulcus ventriculi, Parasekretion, perigastritischem Strang und Tumor.

In den ersten drei Fällen war mit der Thiosinaminbehandlung erst begonnen worden, nachdem vorher die allgemein übliche Behandlung Besserung geschaffen hatte. Während der daran angeschlossenen sechswöchentlichen Thiosinaminkur trat wieder Verschlechterung und Gewichtsabnahme, wenn auch nicht sicher durch diese Kur, so doch sicher trotz derselben ein. Fall 4 hat sich gegen Thiosinamin und jede andere Art der Behandlung refraktär erwiesen. Nur bei den beiden letzten Fällen war es subjektiv und objektiv zu einer Besserung gekommen, insofern als sich sowohl das Befinden besserte, als auch die Druckempfindlichkeit der Lebergegend in dem einen und der perigastritischen Entzündungsprodukte in dem anderen Falle eine geringere wurde. Da aber die Besserung des Befindens schon allein durch die gleichzeitig beobachtete Schonungsdiät herbeigeführt sein kann, ist es schwer zu entscheiden, wie weit dieser Erfolg der Thiosinaminbehandlung zuzuschreiben ist. Angesichts dieser Mißerfolge warnt Vf. dringend vor allzugroßen diesbezüglichen Hoffnungen und Erwartungen. Was die Thiosinaminbehandlung zu leisten vermag, muß erst das Tierexperiment lehren. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24, 1904.) F. L.

Physikalische Therapie.

Zur Therapie des Schreibkrampfes. Von Dr. Zabludowski.

Bei schweren Formen gelingt es, vermittels Apparate, wenn dieselben nur recht einfach konstruiert sind und ihre Handhabung keine besondere Uebung benötigt, noch ein leserliches Schreiben zu erzielen. Zu den der Therapie trotzenden Formen gehören Ueberreste nach apoplektischen Anfällen. Es gelingt noch krallenförmig kontrahierte Finger zur Tätigkeit beim Schreiben heranzuziehen. Vf. benützt für diese Fälle einen von ihm konstruierten Bleistifthalter. Der Bleistifthalter besteht aus zwei Kugeln aus Holz, die durch eine Querstange verbunden sind. Die eine dieser

Digitized by Google

Kugeln ist mit Oeffnungen zum Einstecken von Bleistiften versehen. Es wird ein kurzer, 3—4 cm langer Bleistift genommen. Beim Schreiben wird die eine Kugel in die eine, die andere, mit den Oeffnungen versehene in die andere Hand genommen, und zwar so, daß der Bleistift zwischen Zeige- und Mittelfinger oder zwischen Mittel- und Ringfinger durchgeht. Die kontrahierten Finger umklammern die Kugel und passen sich an dieselbe an. Beim Schreiben wird der Apparat mit beiden Händen gleichmäßig in der Schreibrichtung geführt. Es sind grobe Bewegungen der Hand; aber schon bei wenig Uebung bekommt man eine leicht zu entziffernde Schrift. — Bei leichteren Formen, bei welchen ein früher stattgefundener apoplektischer Insult sich durch nichts anderes kundgibt als durch ein Zittern oder Krampf beim Schreiben, geht man bald von den Uebungen mit dem Bleistiftträger zum Schreiben mit dem von Vf. konstruierten Federhalter über. An diesem Federhalter ist an der Grenze des unteren und des mittleren Drittels ein ankerförmiger Ansatz angebracht, welcher zwischen je zwei Finger, mit Ausnahme des Daumens, hineingebracht wird. Dieser Federhalter wird mit zur Faust geschlossenen Hand geführt, feinere Bewegungen der beim Schreiben benutzten ersten drei Finger finden gar nicht statt. Bei den Krampfformen, der eigentlichen Berufskrankheit, bei welcher nahezu ausschließlich bei der Schreibarbeit ein Krampf sich primär an den betroffenen Fingern oder sekundär durch Insuffizienz antagonistischer Muskeln einstellt, gelingt es vielfach, eine hemmende Wirkung zu erzielen durch Fixierung des Handgelenkes und der Mittelhand vermittels einer ledernen, zum Schnüren eingerichteten festen Hülse. Einigen Berufsschreibern gelang es, durch die Benützung dieser Hülse in ihrem Berufe weiter zu verbleiben, ohne diese Hülse versagte ihnen die Hand sofort. — Bei den paralytischen Formen, bei welchen in dem Vordergrund ein Erlahmen, ein Versagen der Hand, beziehentlich der Finger, zu arbeiten, platzgreift, bietet gute Dienste die Einschnürung der Mittelhand und des Handgelenkes mit einem elastischen Gummischlauche. Neben dem Halte, den diese Einschnürung gibt, haben wir noch mit der Wirkung der durch dieselbe bedingten Veränderung der lokalen Blutverteilung und Blutlaufgeschwindigkeit, sowie der oberflächlichen Spannung der Gewebe, der direkten Nervenreize, zu rechnen. Bei längerem Schreiben wird die Umschnürung, je nachdem sie gut vertragen wird, ein- oder zweimal entfernt und von neuem angebracht. Bei der Abnahme des Schlauches folgt auf die Zyanose Hyperämie und hiedurch erfolgt eine schnellere Durchtränkung der Gewebe mit Nährsäften. Anders bei den neuralgischen Formen. Hier, wo Schmerz das störende Moment beim Schreiben bildet, decken sich die Aufgaben des Arztes mit denjenigen der Schreiblehrer und Pädagogen. In zweckentsprechendem Sitzen und richtiger Haltung des Körpers und der Hand beim Schreiben, in der entsprechenden Auswahl der Schreibutensilien liegen die Mittel der Ueberanstrengung beim Schreiben, beziehentlich dem Uebergange der leichten Krankheitsformen, der neuralgischen und paralytischen, in die schweren, die Tremor- und Krampfformen, entgegenzuwirken. Dadurch wird erreicht, daß die beim Schreiben zu verabreichende Kraft und Energie wesentlich geringer werden. Es werden nur diejenigen Muskeln und Nerven in Anspruch genommen, welche für das Schreiben unumgänglich notwendig werden und die An- und Abspannungen derselben in zweckentsprechenden Intervallen stattfinden, somit nötige Ruhepausen eingehalten und schmerzhafte Druckpunkte genügend entlastet werden. Die Massage ist ein wirksames Unterstützungsmittel in der Behandlung des Schreibkrampfes. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 43, 1903.)

Dr. Buxbaum.

Ueber Einflüsse physikalischer Faktoren auf das zentrale und periphere Nervensystem. Von Dr. Lilienstein.

Die Grundlagen der physikalischen Therapie müssen physiologische und biologische Gesetze sein. Die meisten physikalischen Faktoren, ganz besonders aber die in der physikalischen Therapie zur An-

Digitized by Google

wendung kommenden, wirken durch Vermittlung des Nervensystems, im Gegensatz z. B. zur Pharmakotherapie, deren Heilmittel vorzugsweise durch die Blut- und Säftezirkulation zur Wirkung kommen.

Behufs Wärmezufuhr eignen sich am besten die Bier'schen Kasten, auch eine einfache, von Sander (Chemnitz) erzeugte Heißluftdusche als zweckmäßiger Ersatz für die Frey'sche Heißluftdusche. Der Wärme-, bezw. Kältereiz wirkt häufig reflektorisch, schmerzstillend und nicht durch direkte Einwirkung auf den Krankheitsherd. Die Kälte-, bezw. Wärmeempfindlichkeit der Applikationsstelle spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Häufig sind Kombinationen von thermischen und anderen phyikalischen Einflüssen sowohl in der Natur als auch in der physikalischen Therapie.

Von den Lichtstrahlen sind alle Arten imstande, auf tierisches Gewebe Einfluß auszuüben. Die Indikationen für die einzelnen Farben sind noch nicht hinreichend geklärt. Keineswegs ist die Einwirkung des Lichtes auf Tiere so groß, wie diejenige auf Pflanzen, welche letztere in direkt proportionalem Verhältnisse zur Lichtintensität steht.

Bezüglich der Elektrizität ist noch immer nicht der Anteil genau festgestellt, den die psychische Beeinflussung an der günstigen therapeutischen Gesamtwirkung hat. Die Ansichten anerkannter Autoren gehen hier noch weit auseinander.

Die Erwartungen, die man an die Anwendung hochgespannter Ströme (Arsonval) geknüpft hat, haben sich bisher noch nicht erfüllt. Nachdem von Geitel und Elster starke Potentialdifferenzen in der Luft nachgewiesen worden sind, ist die Wahrscheinlichkeit von Einwirkungen derselben auf den menschlichen Organismus nicht von der Hand zu weisen.

Chronische Nervenkranke scheinen den Einfluß der Schwankungen in der Luftelektrizität stärker zu empfinden. Vf. berichtet über einige Fälle aus der Praxis, die mit Bestimmtheit dahingehende Angaben machten.

Auch ein Einfluß der in der Luft enthaltenen verschiedenen, der Elektrizität, den Kathoden- und Becquerel-Strahlen nahestehenden Formen der Aetherschwingungen ist wahrscheinlich. Vf. berichtet über einen Selbstversuch mit Radium-Becquerel-Strahlen und demonstriert die noch bestehende Hautnarbe, die noch jetzt, nach $1^3/_4$ Jahren, brennende Empfindungen auslöst.

Bemerkenswert ist auch der wahrscheinlich gemachte Einfluß des bewegten magnetischen Feldes auf das Nervensystem, während der ruhende Magnetismus erwiesenermaßen ohne Einfluß ist.

Unter den mechanischen Einflüssen wird außer auf die älteren eingeführten Methoden auf die Vibrationsmassage, die Suspension (Motschutkowski), die Nägelischen Griffe hingewiesen.

Im allgemeinen erscheint der Weg der Stoffwechseluntersuchungen am Nervensystem weniger aussichtsreich, als derjenige der Durchforschung der funktionellen Leistungen. Hier hat das Arndt-Pflüger'sche Gesetz, die Reize betreffend, seine Giltigkeit auch für die physikalische Therapie. Das Eingreifen des Nervensystems in die übrigen Organsysteme ist hiebei ganz besonders zu beachten. Die Bedeutung der normalen physiologischen Reize für die Erhaltung des Lebens wird hervorgehoben. — (Klin.-therap. Wochenschrift Nr. 41, 1903.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Ein neuer Weg zur Freilegung der Hinterfläche des rechten Leberlappens. Von Prof. James Israel.

Ein 41jähriger Mann erkrankte unter Erscheinungen, die auf eine Affektion der Leber oder der Nebenniere hindeuteten. Es bestanden Druckschmerzen in der Lumbalgegend, der Patient magerte ab und fieberte häufig.

Um alle Organe des Unterzwerchfellraumes freizulegen, resezierte Vf. die zwölfte Rippe in größter Ausdehnung und legte dann die Niere frei. Der Gefäßstiel derselben wurde isoliert und die Niere nach unten und innen luxiert. Die Nebenniere erschien normal, hingegen erwies sich

Digitized by Google

nach Spaltung des verdickten und getrübten parietalen Bauchfellblattes die Leber an einer Stelle schwielig verändert. Der schwielige Herd wurde in der Größe einer Wallnuß ohne nennenswerte Blutung aus der Leber herausgeschnitten. Die Heilung erfolgte, nachdem der Patient noch Jodpräparate dargereicht bekam. Die Schmerzen verschwanden bald, das Fieber hörte auf und Patient nahm an Körpergewicht bedeutend zu. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1904.) E.

Ueber Operationen in der Brusthöhle mit Hilfe der Sauerbruch'schen Kammer. Von J. v. Mikulicz.

Der negative Druck, der bei ruhiger In- und Exspiration in der Brusthöhle herrscht, bewirkt es, daß bei Eröffnung der Pleura sofort athmosphärische Luft in den Brustraum eindringt. Dieser artefizielle Pneumothorax verhindert es, ausgedehnte Operationen am Thorax auszuführen; für den Operierten ist die Aufhebung der Atmung auf der einen Seite nicht gleichgiltig; durch die Verdrängung des Herzens und des Mediastinums leidet auch die andere Lunge. Operationen, bei welchen eine Eröffnung beider Pleurahöhlen eintritt, verlaufen unter gewöhnlichen Verhältnissen absolut tödlich.

Auf Anregung des Vf. unternahm es Dr. Sauerbruch, Versuche darüber anzustellen, ob es gelingt, die Wirkung des atmosphärischen Druckes auf die eröffnete Pleura dadurch auszuschließen, daß man dieselbe unter einen den physiologischen Verhältnissen entsprechenden Unterdruck setzt. Beim Menschen beträgt dieser Druck — 7 mm Hg.

Der Versuch gelang vollkommen. Sauerbruch konstruierte eine pneumatische Kammer, in welcher durch eine Saugvorrichtung ein negativer Druck erzeugt wird. In der Kammer befindet sich das zu operierende Tier mit Ausschluß des Kopfes; außerdem befinden sich darin der Operateur und der Assistent. Bei Eröffnung des Thorax unter diesen Verhältnissen kollabiert die Lunge nicht, sondern das Tier atmet regelmäßig weiter. Die in der Kammer arbeitenden Personen werden durch die geänderten Luftdruckverhältnisse nicht belästigt. An der Breslauer chirurgischen Klinik wurde jetzt eine große 14 m³ fassende Kammer fertig gestellt, welche es gestattet, diese Versuche im großen weiter zu führen.

Vf. schildert die günstigen Aussichten, welche diese Methode der Chirurgie des Brustraumes eröffnet; wenn die Gefahr des Pneumathorax wegfällt, wird man mutiger die Krankheiten der Brusthöhle operativ angehen können.

Bei Erkrankungen der Lunge wird man ausgiebige Resektionen ausführen können. Am meisten dürfte aber die neue Methode für die Operationen am Oesophagus und speziell für das Oesophaguskarzinom leisten. Die große Angst vor der Eröffnung der Pleura fällt weg und die Resektion der kranken Teile kann in aller Ruhe vorgenommen werden. Die Versuche werden fortgesetzt und werden hoffentlich bald zu guten Resultaten beim Menschen führen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15 und 16, 1904.) E.

Ueber den operativen Verschluß der Lungenfisteln. Von Prof. Garré.

Die nach operierten oder spontan perforierten gangrenösen Lungenkavernen zurückbleibenden Fisteln belästigen den Patienten nicht nur durch den täglich notwendigen Verbandwechsel, sondern bewirken auch einen dauernden Reizzustand der Lunge, der durch das Einströmen der nicht vorgewärmten Luft in die Lunge entsteht.

Die Verödung der Fisteln mit dem Paquelin, gelingt nicht immer und es müssen daher manchmal auch eingreifendere Operationen ausgeführt werden. Vf. hat drei hierher gehörige Fälle behandelt und in allen Fällen Heilung erzielt. In einem Falle exstirpierte er die Wandbekleidung der hühnereigroßen Höhle und schloß die Höhle durch tiefgreifende Nähte. In den anderen Fällen mußte er die Schwarten von der Lunge loslösen, die Lunge mobilisieren und eine ausgiebige Rippenresektion ausführen, dann erst konnte er die vorhandene Höhle ohne Spannung schließen.

Dabei fand Vf., daß die Schwarten an der Pleura pulmonalis häufig einen guten Halt für die Nähte abgeben, welche sonst

Digitized by Google

das reiche Lungengewebe durchschneiden würden; er läßt daher häufig am Rande der Höhle einen Teil der Schwarte zurück. Die Rippenresektion soll auch nicht zu ausgiebig gemacht werden, da sonst leicht die Lunge athelektatisch bleiben könnte. Einer solchen Schrumpfung und Atelektase der Lunge wird am besten durch frühzeitige Operation der Lungenfistel entgegengearbeitet. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15, 1904.) E.

Die Dauerresultate meiner letzten 500 Gallensteinlaparatomien (400.—900. Operation). Von Prof. Dr. Hans Kehr.

Die günstigen Erfolge, die Vf. mit seinen Gallensteinoperationen erzielte, sind in der letzten Zeit noch besser geworden. Eine genaue briefliche Nachfrage bei den operierten Patienten hat ergeben, daß 89% völlig geheilt sind und nur 11% Grund zu einer Klage hatten. Unter 350 Patienten, die die Anfragen beantwortet haben, befanden sich bloß zwei mit Gallenfisteln; Hernien kamen in elf Fällen zur Beobachtung, während Adhäsionskoliken in zwölf Fällen und Entzündungskoliken in fünf Fällen beobachtet wurden.

Auffallend ist die Abnahme der Zahl der nach der Operation noch an Adhäsionskoliken leidenden Patienten. Vf. glaubt, daß die jetzt häufig geübte Exstirpation der Gallenblase diese günstige Wendung herbeigeführt hat.

Auch die Mortalität hat bei den letztausgeführten Operationen abgenommen; an der Gallensteinoperation starben nur mehr 3%; an komplizierender Cholangitis, Karzinom u. dgl. sind 72 Patienten zugrunde gegangen. Der Schluß, der aus diesen Zahlen gezogen werden muß, ist, daß man die Patienten möglichst früh operieren soll, noch bevor sich die die Mortalität erhöhenden Komplikationen (Karzinom, Cholangitis) entwickelt haben. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1904.) E.

Beiträge zur Kenntnis der Desinfektion der menschlichen Haut. Von Dr. E. W. Sikemeier.

An der chirurgischen Universitätsklinik in Amsterdam wird seit längerer Zeit auf die gründliche Desinfektion der Haut der Patienten großes Gewicht gelegt und dieses Vorgehen hat einen merklichen Einfluß auf den Wundverlauf gehabt.

Um sich über den Wert der einzelnen mechanischen Reinigungsverfahren zu orientieren, hat Vf. zahlreiche bakteriologische Untersuchungen ausgeführt und ist zu folgenden Schlüssen gekommen: 1. Nach einem mechanischen Reinigungsverfahren von 15 Minuten, wenn die Reinigung ohne Zuhilfenahme von Bürste geschieht, finden sich auf der Haut stets zahlreiche Bakterien. 2. Durch den Gebrauch der Bürste wird eine bedeutende Verringerung der Zahl der Bakterien erhalten. 3. Der Seifenspiritus ist ein unentbehrliches Hilfsmittel bei der Hautdesinfektion, jedoch weniger, wenn man denselben auf die vollständig ungereinigte Haut einwirken läßt, sondern besonders dann, wenn man die Seifenspiritusreinigung auf eine oder mehrere Seifenwaschungen folgen läßt.

Auf Grund dieser experimentellen Erfahrungen hat sich folgendes Desinfektionsverfahren ausgebildet: Kurz vor der Operation Rasieren des Operationsterrains und ein gewöhnliches Reinigungsbad. Hierauf fünf Minuten langes Waschen mit Kaliseife mit desinfizierten Händen unter Strömen warmen Wassers, dann fünf Minuten lang Bürsten mit warmen strömenden Wasser und Seife. Durch das strömende Wasser werden die von der Haut entfernten Bakterien auch sofort abgespült. Damit der Patient durch die großen Mengen Wassers nicht ganz naß und abgekühlt wird, geschieht die Desinfektion auf einem eigens zu diesem Zwecke konstruierten Tische. Nach diesen Waschungen folgt ein fünf Minuten langes Bürsten mit Seifenspiritus. Dann folgt erst die Desinfektion mit Aether und Sublimat. Durch dieses, allenfalls zeitraubende Verfahren ist es gelungen, die Fadeneiterungen auf ein Minimum zu reduzieren. — (Langenb. Arch. Bd. 73, H. 1.) E.

Zur Frakturenbehandlung durch temporäre Annagelung. Von Prof. Dr. Niehans.

Vf. hat in einigen Fällen eine Methode der Behandlung von Frakturen des unteren und des oberen Humerusendes mit

Digitized by Google

gutem funktionellen Resultat angewendet, die er den Fachkollegen zur ausgedehnten Benützung hauptsächlich bei Frakturen im Kindesalter empfiehlt.

Die Methode besteht im Bloßlegen der Frakturstelle und Annageln der Fragmente mittels zweier Nägel. Dieselben werden am vierten bis siebenten Tag entfernt und bis dahin sind die Fragmente schon genügend verwachsen, so daß ein einfacher steriler Verband zur Heilung genügt.

Die Methode bietet nach den Erfahrungen des Vfs. keine Schwierigkeiten in der Technik; eine Verschiebung der Fragmente, wie sie auch bei der tadellosesten Repostition in der Narkose vorkommen kann, ist hier ausgeschlossen; die Heilung der Fraktur geschieht schneller, die Fragmente bekommen in den ersten Tagen schon eine solche Festigkeit, daß man dann auf einen fixen Verband verzichten kann. — (Langenb. Arch. Bd. 73, Heft 1.) E.

Laryngologie und Rhinologie.

Ozäna heilbar durch Behring'sches Serum antidiphthericum. Von Dr. K. Tarnowski.

T. berichtet über drei einschlägige Fälle. Eine Dame, die seit kürzerer Zeit an Ozäna litt, bekam eine Injektion von 1500 A.E.; darnach hörte die Krustenbildung in der Nase auf, der üble Geruch verlor sich und Patientin bekam wieder Geruchsempfindungen. Bei einem Landmanne, der mit Borwasserspülungen und Einblasung von Sozojodolnatrium lange vergeblich behandelt worden war, wurde durch eine ebensolche Injektion eine kleine Besserung, durch eine zweite dauernder Erfolg erzielt. In einem dritten, wahrscheinlich schon 40 Jahre lang bestehenden Falle wurde durch mehrere Injektionen die Krustenbildung beseitigt, der Geruchssinn kehrte jedoch nicht wieder. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23, 1904.) Weil.

Neuere Behandlungsmethoden des Heufiebers. Von Dr. Emanuel Fink.

Das Heufieber ist eine zwar nicht lebensgefährliche, aber doch höchst unangenehme Krankheit, mit deren Therapie es, nach der ungeheuren Zahl der dagegen empfohlenen Mittel zu schließen, noch recht schlimm bestellt sein muß; denn bei Beurteilung der Berichte über günstige Erfolge darf man nicht außer Acht lassen, daß die Heufieberpatienten fast ausnahmslos neurasthenisch und sehr leicht suggestibel sind. Von einer wirklichen Wirksamkeit eines Mittels gegen Heufieber kann man nur dann sprechen, wenn es den Kranken in der kritischen Zeit auf Wochen oder mindestens auf viele Tage frei von Anfällen hält und ihm dabei ermöglicht, seine gewohnte Lebensweise unverändert fortzusetzen, insbesondere sich an sonnigen warmen Tagen im Freien zu bewegen, ohne von irgend einem lästigen Heufiebersymptom gestört zu werden.

F. kritisiert zunächst die Arbeiten Dunbars, die in neuerer Zeit so viel Aufsehen erregt haben. Er hält dessen Experimente mit Pollen und Pollentoxin nicht für beweisend und widerlegt speziell die Anschauung, daß die Augenerscheinungen durch direkte Einwirkung des Pollens auf die Konjunktiva entstehen, beweist vielmehr, daß sie nur von der Nase her auf reflektorischem Wege zustande kommen. Während Dunbar das Heufieber nur auf die Einwirkung von Gramineenpollen zurückführt, zeigt F., daß es häufig auch durch Lindenblüten, Rosen und andere Blumen erzeugt wird, und verweist besonders auf den ganz gleichartigen Autumnalkatarrh in Amerika, der durch die Blüte von Artemisia absinthium erzeugt wird und in Gegenden, wo es gelungen ist, diese Pflanze gänzlich auszurotten, vollständig verschwunden ist.

Die Berichte über günstige Wirkung des Dunbar'schen Pollenantitoxins (es kommt jetzt unter dem Namen Pollantin in den Handel. Anm. d. Ref.) sind nach F. teils nicht beweisend, teils nicht einmal besonders günstig.

Im zweiten Teile der Arbeit kommt F. auf seine schon vor zehn Jahren aufgestellte Behauptung zurück, daß das Sekret bei der Coryza nervosa fast ausschließlich aus dem mittleren Nasengange

Digitized by Google

komme und von der Schleimhaut der in diesen mündenden Nebenhöhlen, in erster Linie der Highmorshöhle, geliefert werde und daß daher diese Affektion durch Applikation entsprechender Mittel auf die Antrumschleimhaut zu behandeln sei. Ein solches Mittel hat er im Aristol gefunden. Er bläst dasselbe mittels einer durch das Ostium maxillare (eventuell ein Foramen accessorium) eingeführten Kanüle in die Kieferhöhle, anfangs täglich, später in mehrtägigen Intervallen. Mitunter gelingt es schon nach 2—3 Einblasungen, die Anfälle zu beseitigen. Bei der nicht periodischen Coryza vasomotoria hat er schon Heilungen von mehrjähriger Dauer erzielen können; beim Heufieber aber wird man die Behandlung wohl jedes Jahr wiederholen müssen. Bei einseitiger Erkrankung (die allerdings selten ist) wird man nur die eine Nasenseite behandeln. F. belegt seine Angaben durch eine große Reihe von Krankengeschichten. — (Therap. Monatsh. Nr. 4, 1904.)

Weil.

Ein verbessertes Tonsillotom. Von Dr. F. Rosenfeld.

R. hat die bekannten Instrumente von Mackenzie und Baginsky derart modifiziert, daß das Messer zweischneidig (d. h. seine Schneide nach beiden Seiten symmetrisch geschliffen) und beiderseits gedeckt ist und die eine der beiden Deckungen aufgeklappt werden kann. Dadurch wird eine gründliche Reinigung des Instruments möglich, weil jede Vertiefung fehlt; denn in dem sonst zur Aufnahme der Schneide bestimmten Schlitze setzen sich Gewebsreste und Blut besonders leicht fest und sind nur mit großer Mühe gründlich von dort zu entfernen. Mit diesem Tonsillotom kann man beide Mandeln unmittelbar hintereinander abschneiden, ohne daß man es umdrehen oder aus dem Munde entfernen muß — besonders bei widerspenstigen Kindern ein nicht zu unterschätzender Vorteil. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19, 1904.)

Weil.

Augenheilkunde.

Kokain und Adrenalin (Suprarenin). Von Dr. H. Braun.

Die uns bisher bekannten örtlichen Anästhetika sind universelle Protoplasmagifte, welche Affinität zum lebenden Protoplasma, mit dem sie in Kontakt kommen, besitzen. Sie erzeugen daher an der Applikationsstelle örtliche und wenn sie in genügend großer Menge rasch in den Kreislauf aufgenommen werden, allgemeine Vergiftung. Je mehr die Resorption des Mittels verzögert wird, desto intensiver die örtliche Wirkung, die örtliche Vergiftung, denn in diesem Falle bleibt es längere Zeit am Applikationsort, durchdringt die Gewebe, wird an das Protoplasma in irgend einer Form gebunden und entfaltet seine örtliche Wirkung; umso geringer aber fällt nun die allgemein toxische Wirkung aus, und zwar weil das Eindringen größerer Mengen dieses Mittels auf einmal in den Blutstrom verhindert wird und ferner weil der zur allgemeinen Resorption gelangende Teil des Mittels inzwischen sich zersetzt. Es ist also allgemeine und örtliche Vergiftung in regelmäßiger Wechselbeziehung. Die Lokalanästhesie ist umso größer, wenn die Resorption der Anästhetika vom Applikationsort aus verhindert oder verzögert wird.

So haben wir bei der Schleichinfiltrationsanästhesie eine Verlangsamung der Resorptionsgeschwindigkeit bei möglichst vollständiger örtlicher Ausnützung der überall im direkten Kontakt mit den Gewebselementen gebrachten Kokainmoleküle.

Schon im Jahre 1885 hat Corning eine Verlangsamung der Lokalanästhesie durch Anwendung besonderer Kompressorien, also durch Unterbrechung der Blutzufuhr zu den mit Kokain vergifteten Geweben, herbeigeführt. Ebenso wirkt die intensive Abkühlung der durch Kokain oder andere Anästhetika vergifteten Gewebe durch den Aether oder Chloräthylstrahl. Pellacani hat im Jahre 1879 zuerst auf die Wirkung der Nebennierenpräparate aufmerksam gemacht: Kontraktion der Blutgefäße durch

Digitized by Google

direkte Einwirkung der Präparate auf die kontraktilen Elemente der Gefäßwand.

Seither werden die Nebennierenpräparate in rascher Aufeinanderfolge vervollkommnet, unter verschiedenen Namen auf den Markt gebracht, und nimmt ihre Anwendung auf allen Gebieten der Medizin immer mehr und mehr zu. Eines der besten dieser Präparate ist das Adrenalin.

Braun hat nun versucht, durch Anwendung von Adrenalin die anästhesierende Wirkung des Kokains zu steigern und kommt er nun zu folgenden Resultaten:

Verdünnte Kokainlösungen wirken auf Gewebe, die durch Adrenalin anämisch gemacht worden sind, wie konzentrierte Kokainlösung, und wird die Dauer der Anästhesie außerordentlich verlängert. Mit kleinen Kokaindosen, kombiniert mit Adrenalin, können örtliche Wirkungen erreicht werden, wie solche nur mit großen Kokaindosen erzielt werden, wenn Kokain allein angewendet wird. — (Berl. Klinik, H. 187, 1904.) Dr. Jänner

Ueber die Einwirkung der Röntgen-Strahlen auf die trachomatöse Infiltration. Von Prof. Goldzieher.

Von der festgestellten Tatsache ausgehend, daß Hautkarzinome durch Röntgen-Bestrahlung zur Heilung gebracht werden können, vermutet G. eine ähnliche Wirkung beim Trachom, dessen Zellen bekanntlich entweder der Resorption oder der Umwandlung im Narbengewebe unterliegen. Zu den Versuchen wurden vier Fälle gewählt, welche die drei klinisch wichtigsten Hauptgruppen des Trachoms in exquisitester Weise repräsentieren:

1. Das glattnarbige Trachom mit dichtem Pannus, geringer Sekretion und starken subjektiven Beschwerden (Tränenfluß, Lichtscheu): Trachoma inveteratum cum panno.

2. Das sogenannte sulzige Trachom mit colosaler Infiltration der Bindehaut, beträchtlicher Follikelbildung, die teils als miliare Follikel durch die diffus infiltrierte Bindehaut durchschimmerten, teils als große graue Körner am Fornix zu Wülsten verschmolzen und beim geringsten Fingerdruck dem Platzen ausgesetzt waren. Dabei Blepharophimosis, Pannus, Lichtscheu, Tränenfluß.

3. Das reine follikuläre Trachom (Trachoma verum Arlti) charakterisiert durch die froschlaichartigen Gebilde, am dichtesten an der Umschlagstelle des Tarsus.

Alle Versuchsfälle waren doppelseitig: die eine Seite wurde der Röntgen-Bestrahlung, die andere Seite behufs Vergleichung einer anderen Behandlungsmethode zugeführt.

Die Bestrahlung wurde in der Weise vorgenommen, daß die Kranken mit möglichst ausgiebig umgestülpten Lidern der Einwirkung der Röntgen-Strahlen ausgesetzt wurden.

Der Repräsentant der ersten Gruppe wurde gleich nach den ersten zwei Bestrahlungen, die eine Zunahme der Reizerscheinungen und keine Besserung hervorriefen, einer anderweitigen Behandlung zugeführt. Bei dem einen Kranken der zweiten Gruppe wurde das linke Auge im ganzen durch 71 Minuten bestrahlt: am ersten Tage 5 Minuten, durch sechs Tage je 6 Minuten, dann eine 13tägige Pause, dann durch vier Tage je 5 Minuten, nach abermaliger 13tägiger Pause zweimal durch je 5 Minuten. Bereits nach der ersten Strahlungsserie war der Erfolg ein auffallender: Verdünnung der infiltrierten Bindehaut, Verkleinerung und Härterwerden der follikulären Gebilde und die ersten Spuren der Narbenbildung. Subjektive Beschwerden, die schon durch die vorgenommene Kanthoplastik günstig beeinflußt worden waren, ganz geschwunden, der Pannus wesentlich geringer. Zum Schlusse der Behandlung hält sich der Kranke für geheilt, objektiv nur ganz geringe Symptome. Beim Repräsentanten der dritten Gruppe ist die Follikelbildung nach zusammen 60 Minuten währender Bestrahlung sozusagen vollkommen geschwunden. G. empfiehlt nun die Röntgen-Bestrahlung bei der Behandlung des Trachoms, indem er eine mächtige Einwirkung derselben auf die trachomatöse Infiltration erblickt. Die Behandlung ist schmerzlos, führt rascher zum Erfolg, und ladet G. aus den genannten Gründen zu weiteren Versuchen ein. — (Wien. med. Wochenschr., Mai 1904.) Dr. Jänner.

Digitized by Google

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber Ovarialschwangerschaft in einem Graf'schen Follikel. Von Katharina v. Tussenbrock.

Vf. kommt auf Grund ihrer sehr ausführlichen und fleißigen mikroskopischen Untersuchung in vorliegendem Falle zu folgenden Schlüssen: Die Ovarialschwangerschaft kann als eine feststehende Tatsache angesehen werden und ist darunter eine Gravidität, die im Graf'schen Follikel ihren Ursprung hat, zu verstehen. Da in vorliegendem Falle die Wandung des Graf'schen Follikels keine deziduale Umwandlung aufweist, so zieht Vf. aus diesem Umstand den Schluß, daß die deziduale Reaktion von Webster keine Conditio sine qua non für die Implantation des Eies bedeutet. Von großer Bedeutung ist der Nachweis einer regelmäßigen Entwicklung von normalem Synzytium, weil durch diesen Befund ein neuer und tatsächlicher Beweis geliefert wird, daß das Synzytium nichts mit dem Uterusepithel zu tun hat, sondern vom fötiden Ektoblast herkommt. — (Ann. de gyn. et d'obstétr. Nr. 12, 1899.) Königstein.

Ueber tubare Sterilisation. Von F. A. Kehrer.

Vf. war der erste, der die Tubendurchtrennung mit isolierter Unterbindung beider Stümpfe behufs sicherer Sterilisierung der Frau ausführte und teilt in obiger Publikation vier weitere Fälle mit, in denen er die Operation mittels Kolpocoeliotomia anterior machte. In zwei Fällen von diesen bestand die Indikation in hochgradiger Entkräftigung, verursacht durch zahlreiche rasch aufeinander folgende Geburten, in einem Falle wegen eines Bauchbruches, der sich in einer Laparatomienarbe etabliert hatte und sich nach jeder neuerlichen Geburt zuschends vergrößerte, trotz wiederholt vorgenommener Herniotomie. Im vierten Falle lag die Indikation in dem Auftreten von schweren maniakalischen Anfällen mit Mordversuchen an den eigenen Kindern. Im Anschluß daran stellt Vf. die bisher publizierten Fälle zusammen, bei welchen die tubare Sterilisation bei abdominalen oder vaginalen Cöliotomien als Nebenoperation ausgeführt wurden und unterwirft die verschiedenen bisher in Verwendung gezogenen Methoden einer eingehenden Prüfung auf ihren Wert. Gestützt auf seine bisherigen Erfahrungen, empfiehlt Vf. die quere vordere Kolpotomie mit Resektion größerer Stücke der Isthmi und Versenkung der unterbundenen Stümpfe ins Parametrium. Die Keilexzision der Tubenecken verdient den Vorzug, wenn aus irgend einem Grunde laparatomiert werden muß und die Sterilisierung der Frau als Nebenoperation ausgeführt wird. Man muß auf die Erfüllung folgender Bedingungen bedacht sein, wenn man an die Sterilisierung einer Frau geht: 1. Vorheriger vergeblicher Versuch von antikonzeptionellen Mitteln; 2. Vorhandensein mehrerer lebender Kinder (ausgenommen einzelne Fälle von Beckenenge); 3. beiderseitiges Einverständnis der Ehegatten schriftlich beglaubigt; 4. schriftliche Zustimmung des Hausarztes und eines erfahrenen Kollegen. Indiziert ist die Erzielung der Sterilität bei höheren Graden von Beckenenge, und zwar bei Beckenenge zweiten Grades wenn nur tote Kinder spontan oder mit Kunsthilfe geboren wurden und die künstlichen Frühgeburten auch tote Kinder ergeben haben. Bei Beckenenge dritten Grades, wenn die Geburt nur durch Sectio caesarea oder Symphysiotomie zu beendigen war und die wiederholte Vornahme dieses operativen Eingriffes zurückgewiesen wird. Weiters gibt es eine Reihe konstitutioneller Affektionen, sowie schwere chronische Erkrankungen, bei welchen die Sterilisierung indiziert erscheint, so Marasmus, chronische Anämie, Herzfehler, Lungenemphysem und Lungeninduration, fortschreitende Tuberkulose der Lungen, der Knochen und des Darmes, gewisse Erkrankungen des Intestinaltraktes, chronische Nephritis und Pyelonephritis mit Exazerbationen in der Gravidität, Manie. Kontraindiziert ist die Vornahme der Sterilisierung bei Leukämie, Hämophilie, Diabetes und Skorbut, bei welch letzteren Erkrankungen wegen Gefahr der Infektion und Nachblutung jeder operative Eingriff aus-

Digitized by Google

geschlossen ist, sowie bei Myokarditis und hochgradigem Fettherz. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 5, H. 2.)

Königstein.

Ueber den Einfluß von Schwangerschaft und Entbindung auf den phthisischen Prozeß und den therapeutischen Wert der Einleitung von künstlichen Aborten. Von L. Kaminer.

Vf. gibt vorerst einen kurzen Ueberblick über die Ansichten verschiedener Fachleute bezüglich des Einwirkens von Gravidität und Partus auf die Tuberkulose und schließt daran seine eigenen Beobachtungen in 50 diesbezüglichen Fällen. Bei 33 Patientinnen konnte er eine Verschlechterung nachweisen. Bei acht Fällen hatte die Gravidität keinerlei Einfluß auf die Ausbreitung und den Verlauf der Tuberkulose. In den restlichen neun Fällen konnte überhaupt kein Urteil abgegeben werden. Vf. ist der Ansicht, daß der so hohe Prozentsatz der Verschlechterung der Erkrankung seine Ursache habe in den in den ersten Monaten auftretenden üblen Zufällen, so Uebelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, die wieder Störungen in der Ernährung zur Folge haben. Ein weiteres Moment ist das Höherdrängen des Zwerchfelles und die dadurch bedingte Verkleinerung der Lunge, welche Umstände einerseits die Blutzirkulation in der Lunge, anderseits die Aktion des rechten Herzens störend beeinflussen, was umsomehr ins Gewicht fällt, als Beziehungen zwischen Blutzirkulation in der Lunge und tuberkulösen Prozessen zu bestehen scheinen. Weiters machte Vf. die Beobachtung, daß sowohl die subjektiven, als auch objektiven Symptome in den ersten Graviditätsmonaten stärker zum Ausdruck kamen als in den späteren. Besonders ungünstig wirkt die Entbindung, indem 14 Frauen unmittelbar nach der Entbindung starben, sieben in den ersten Tagen des Wochenbettes zugrunde gingen und in zwei Fällen metastatische Tuberkulose auftrat. Vf. kommt auf Grund dieser Beobachtungen zum Resultat, die Einleitung des künstlichen Abortus zu befürworten 1. weil der Einfluß der Gravidität auf die Lungenphthise während der ersten Hälfte derselben stärker zu sein scheint als in der zweiten, 2. weil der Abort für die kranke Frau ein weniger schwerer Eingriff ist wie die Frühgeburt, 3. weil der schädigende Einfluß der Gravidität desto kleiner ist, je kürzer dieselbe ist. Schließlich vertritt Vf. die Ansicht, daß es für eine tuberkulöse Frau immer ein großes Unglück ist, wenn sie gravid wird und von Seite der Aerzte diesem Umstande in entsprechender Weise Rechnung getragen werden muß. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 35, 1903.)

Königstein.

Urologie.

Ein Beitrag zur Nephrektomie und Diagnostik der Nierentuberkulose. Von Hofmann.

Zwei Fälle aus der v. Hacker'schen Klinik in Graz. Der erste verdient Interesse, weil es sich um eine Hufeisenniere handelte, deren rechte Hälfte knapp am Isthmus abgetragen wurde, der zweite, weil die Diagnose kystoskopisch gestellt werden konnte, wobei sich aus dem erkrankten Ureter bei Druck auf die korrespondierende Niere Eiter ausdrücken ließ. Außerdem fanden sich in diesem Falle analog dem von Kapsammer geringe makroskopische Veränderungen in der Niere gegenüber schweren Destruktionen des Ureters. Die erkrankte Niere war schon seit sechs Jahren „beweglich" gewesen, so daß man die bestehenden Beschwerden lediglich auf eine Wanderniere hätte zurückführen können. De facto machte die Niere selbst intra operationem einen normalen Eindruck, erst nach dem Sektionsschnitte zeigten sich die kystoskopisch diagnostizierten tuberkulösen Veränderungen in Niere und Ureter. In beiden Fällen war die Suffizienz der anderen Niere durch kryoskopische Blutuntersuchung sichergestellt worden, im ersten Falle war der käsige Prozeß bereits so weit fortgeschritten, daß nur mehr ein Rest funktionsfähigen Parenchyms restierte.

Digitized by Google

Im übrigen geht dieser Autor gerade aufs Ziel los. Trotz der 200 publizierten Nephrektomien wegen Nierentuberkulose wird erst in den letzten Jahren das ärztliche Eingreifen konsequenter und die Erfolge besser, da ja das überwiegend einseitige Vorkommen der primären Nierentuberkulose sowie das oft verhältnismäßig späte Uebergreifen derselben auf den Ureter und die Harnblase für die operative Therapie eine sehr günstige Prognose bieten. In beiden Fällen Dauerheilung. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 13, 1904.)

Das Kapitel Nierentuberkulose wurde endlich auch heuer auf dem Berliner Chirurgenkongreß Gegenstand eines regen Meinungsautausches seitens der bekannten Nierenoperateure. Kümmel berichtete über 48 Fälle von Frühoperation, die sowohl objektiv als subjektiv keine schweren Destruktionen vermuten ließen und sämtlich heilten; Krönlein operierte 51 Fälle; er anerkennt nur die Nephrektomie, ohne die Nephrotomie oder Resektion gutheißen zu können. Pathologisch-anatomisch unterscheidet K. abzedierende, flüssige Tuberkulosen von den käsigen und diffusen Formen. Auch die Israel'sche tuberöse Form konnte er einmal konstatieren, desgleichen eine embolische Form, bei welcher er genau den Zeitpunkt der hämatogenen Embolie bestimmen konnte. Küster legt den Hauptwert in der Nierendiagnostik auf die doppelseitige blutige Freilegung beider Nieren, Paul Rosenstein, ein Schüler Israels, warnt vor der Katheterisierung beider Ureteren wegen Infektionsgefahr und verweist auf die Wichtigkeit der rektalen und vaginalen Palpation der Ureteren, während Steinthal auf Grund eines eigenen Falles die Frühoperation verwirft, da dieselbe keine Palliativmaßregel gegen die Erkrankung der anderen (gesunden) Niere bildet. (? Ref.) Sämtliche Beobachter an größerem Material (außer Küster) beobachten ein stärkeres Partizipieren des weiblichen Geschlechtes an der Nierentuberkulose, was von Krönlein durch die größere Häufigkeit der Zystitiden und die häufigen Retentionszustände im Nierenbecken durch Schaffung einer lokalen Prädisposition erklärt wird.

Rich. Grünfeld.

Ueber Vibrationsmassage der Prostata mittels eines neuen Prostatavibrators. Von Kronfeld.

Die Bedeutung der Erkrankungen der Vorsteherdrüsen als Komplikation der Gonorrhöe, die große Hartnäckigkeit der oft latent verlaufenden Fälle, welche unter entsprechenden Bedingungen später, z. B. in der Ehe, doppelt schwierig empfunden wird, wurde erst in den letzten Jahren gewürdigt und besitzen wir in der von Thure Brandt angegebenen Massage wohl das radikalste und zweckdienlichste Mittel. Angeregt durch die Erfolge der Vibrationsmassage bei laryngealen Prozessen, konstruierte K. einen Trommelmassageapparat für die Prostata, um durch die feinen Schwingungen desselben den Tonus des schlaffen, matschen und weichen Drüsengewebes zu erhöhen. Ein weiteres Indikationsgebiet bilden Prostata- und Blasenneurosen, Enuresis und verminderte Potenz. Die Erfolge des Vf. sind ermutigend, ein abschließendes Urteil wegen der Kürze der Zeit nicht zu geben. Die feinere Konstruktion des bei Leiter in Wien angefertigten Instruments muß im Original nachgelesen werden. — (Monatsber. f. Urologie, Bd. 9, H. 3, 1904.)

Dermatologie.

Ein Fall von ausgedehnter Phlegmone, verursacht durch subkutane Injektion einer Kokain-Adrenalinlösung bei einem 70jährigen Manne. Von Dr. Arenheim.

Im „Zentralblatt für Chirurgie" 1903, Nr. 51, hat F. Neugebauer an der Hand von drei Fällen von Hautgangräne bei plastischen Operationen nachgewiesen, daß die subkutan applizierte Kokain-Adrenalinverbindung nach der Richtung hin schädlich wirken könne, ohne daß die brandige Zerstörung als Folge eines künstlich provozierten Diabetes zu betrachten sei. Nach H. Brauns Versuchen dürften den zur Schleich'schen Infiltrationsanästhesie verwendeten Lösungen (0·10%

Digitized by Google

Kokain) nur Spuren von Adrenalin zugesetzt werden, welche genügen, die parenchymatöse Blutung aufzuheben. Eine Lösung, welche diese Eigenschaft besitzt, ist eine 0·1%ige Kokainsolution, der auf 100 cm³ zwei bis höchstens fünf Tropfen der Adrenalinlösung 1 : 1000 zugesetzt sind. Die Mischung enthält dann zirka 0·00007—0·000017% Adrenalin.

Vf. hatte nun bei einem 70jährigen Mann ein auf dem Knochen verschiebliches Hygrom der Sehne des M. tibialis anticus. wegen starker Schmerzen zu entfernen.

Unter Beachtung aller Kautele der Asepsis und Antisepsis wurde die Geschwulst mit einer Lösung Adrenalin (Parke) 2·0, Cocain. hydrochlor. 0·2, Sol. Natr. chlorat. physiol. 9·0 infiltriert, hiezu kam 1 cm³ der Solution = 0·0002 Adrenalin in Verwendung. Die Exstirpation gelang blutlos, Nahtverband. Nach fünf Stunden heftige Schmerzen, später Temperatur 38°. Am dritten Tage war der Fußrücken geschwollen, stark gerötet und äußerst schmerzhaft. Die Wunde ohne Reaktion. Tags darauf diffuse Abszedierung im Operationsgebiet, die sich späterhin bis auf den Unterschenkel ausbreitete, um endlich nach starker Beeinträchtigung des Kräftezustands des Kranken vier Wochen später zur Rückbildung zu gelangen. Die Phlegmonie ging von der Stelle der Injektion aus. Die Vereiterung möchte Vf. auf den plötzlichen Verschluß kleinster Gefäße (Adrenalinwirkung), respektive die konsekutive ischämische Nekrose beziehen, wofür das hohe Alter des Patienten Vorschub leistete. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1904.) N.

Ueber die Akne vulgaris. Von Dr. M. Josef.

Nach Beleuchtung der ätiologischen Faktoren und der Pathogenese erörtert J. an der Hand seines reichen Beobachtungsmaterials die von ihm befolgten therapeutischen Prinzipien.

Bei 2264 Aknefällen (27.150 Hautkranken = 8%) konnte Vf. ein besonderes Prevalieren der Bäckerklasse im Gegensatz zu Galewski nicht feststellen. Hiegegen erfährt hiebei die allseitig anerkannte Erfahrung eine neuerliche Bestätigung, daß die Akne das Pubertätsalter bei weitem am häufigsten bevorzugt. Therapeutisch hätte man von drei Gesichtspunkten aus gegen die Krankheit vorzugehen. Diese wären: Regulierung der Lebensweise, interne Medikation und direkte Inangriffnahme des Hautleidens.

In Vermutung einer ätiologischen Bedeutung der Autointoxikation verbietet J. außer dem Genuß von Käse, Wurst, rohes geräuchertes und stark gepöckeltes Fleisch. Die Verdauung ist zu regulieren.

Von innerlichen Mitteln empfiehlt Vf. Arsen. Außerdem sollen Versuche mit Wellcome'schen Tabloids gland. suprarenalis à 0·3 g 1—2 Tabletten in Angriff genommen werden. Bierhefe sei nutzlos.

Unter den topischen Methoden stellt J. die lange Zeit durchgeführte Behandlung mit Schwefelsalizylpaste obenan. (Acid. salic. 2·0, Sulf. praec. 8·0, Zinc. oxyd. amyl. aa 20·0, Vaselin. flav. ad 100·0.) Diese Paste wird messerrückendick jeden Abend auf die kranken Stellen aufgestrichen. Alsdann wird etwas Gaze aufgelegt und das Ganze durch eine Leinwandmaske, welche an jeder Seite mit einem Bande versehen ist, befestigt. Zu stärkerer Abschälung dient die Suspension von Lac. sulf. Glyc. Spirit. āā 5·0, Acet. glac. 1·0, abends mit Pinsel aufgestrichen und morgens mit heißem Wasser abgewaschen. Von Zeit zu Zeit empfehlen sich die von Philippson angegebenen Waschungen mit Acid. acet., Tinct. benz., Spirit. camph. āā 6·0, Spirit. vin. 100·0, zweimal täglich auf Watte gegossen und das Gesicht damit abgerieben. — (Berl. klin.-therap. Wochenschr. Nr. 14, 1904.) N.

Zur Behandlung der Fußgeschwüre. Von J. Brault.

B. empfiehlt eine neue chirurgische Methode zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. Dieselbe besteht in einer zirkulären bis zur Aponeurose reichenden Inzision in der Höhe der Mitte der Wade, welche aber die vordere und laterale Fläche des Unterschenkels freiläßt. Durch diese Inzision werden die hauptsächlich-

Digitized by Google

sten Venenpakete, und die oberflächlichsten Hautnervenstämme durchtrennt. Die Schnittwunde wird gleich genäht. Mehrere Ulzera heilten unter dieser Behandlung in relativ kurzer Zeit. (Gaz. des hop. 1903.)

Minder radikal sind die Empfehlungen Langstroths, der bei offenen Geschwüren Musselinbinden anzulegen empfiehlt, und zwar nicht in spiraligen, sondern in 8-Touren. Unter den besonders empfohlenen flüssigen Mitteln ist: „red wash" Zinc. sulfur 4·0, Tinct. Lavendul. 120, Aquae ad 100. Unter den ätzenden Mitteln findet sich erwähnt eine saturierte Lösung von Kalihypermangan mit nachfolgender Entfärbung mit Wasserstoffsuperoxyd, alle 4—5 Tage, dazwischen Borsäurelösung.

Eine modifizierte Autotransplantation empfiehlt Chesney. (New-York. med. rec., June 13., 1903.) Nach Abkratzen der weichen Granulationen und Blutstillung wird die dünne Epithelialzone, welche sich am Wundrande vorgeschoben hatte, umschnitten und in kleinen Stückchen auf die Wundfläche gelegt. Von diesen Inseln aus soll eine schnelle Ueberhäutung stattfinden. N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Die Behandlung der Gonorrhöe der männlichen Harnröhre mittels Spülungen ohne Katheter. Von J. Janet, übersetzt von Dr. Dreysel.

Wenn jemand, so hat der Autor der Methode das Recht, seine Erfahrungen einem größeren Leserkreise bekanntzugeben. In kurzer Aufzählung finden sich zunächst die Vorteile der Methode angeführt: „Die Schleimhaut wird aufs gründlichste von allen Sekreten befreit, es findet eine antiseptische Wirkung statt, und zwar eine Wirkung, die infolge der durch die Spülung bedingten Dehnung der Urethra alle Teile der Schleimhaut betrifft. Bei dieser Methode findet sowohl eine Behandlung der Urethra anterior, als auch posterior und Blase statt etc. etc."

Als Position für den Kranken empfiehlt Vf., wenn der Arzt die Spülung macht, die liegende Stellung auf dem Operationstische und begründet das damit, daß häufig neben der Spülung auch andere Eingriffe zu machen seien, etwa Prostatamassage, sowie daß die Besichtigung und eventuelle Behandlung von paraurethralen Gängen nur in dieser Stellung möglich sei; führt der Kranke die Spülung selbst aus, dann kann er allerdings sitzen oder stehen. Die Spülung der vorderen Harnröhre wird aus einer Fallhöhe von 60 cm gemacht; bei Spülungen der hinteren Harnröhre kokainisiert der Autor mittels $^1/_4$%iger Lösung, und zwar indem zunächst mit 5 cm³ die vordere Harnröhre anästhesiert wird, nach Abfließen dieser Lösung wird die vordere Harnröhre mit $^1/_2$ l Spülflüssigkeit behandelt, hierauf werden abermals 5 cm³ der anästhesierenden Lösung eingespritzt und, während dieselben noch in der Harnröhre sind, die Kanüle neuerdings an das Orifizium angesetzt und zunächst soviel von der Permanganatlösung in die Harnröhre eingelassen, daß die Kokainlösung in die hinteren Partien gedrängt, dort ihre anästhesierende Wirkung ausübt; dann wird die Spülung der Blase begonnen, indem der Kranke aufgefordert wird, die gesamte Muskulatur erschlaffen zu lassen und ruhig zu atmen, ohne die Bauchmuskeln zu kontrahieren. Die Fallhöhe beträgt 0·7—1·0 bis 1·2 m.

Spülungen werden in den ersten 3 bis 4 Tagen einer akuten Gonorrhöe der vorderen Harnröhre zweimal täglich vorgenommen, später in etwas größeren Pausen, zunächst nach 18—24—36 und schließlich 48 Stunden. Der Uebergang vom Intervall 18 auf 24 findet erst dann statt, wenn die diffuse Trübung des ersten Urins verschwindet, von 36 auf 48, wenn der Ausfluß den eitrigen Charakter verliert. Tritt während der Behandlung eine Infektion der Urethra posterior ein, so muß die Spülung wieder zweimal täglich gemacht werden. Die Spülflüssigkeit hat bei stark entzündlichen Erscheinungen bloß eine Konzentration von 0·1 bis 0·25‰, fehlen dieselben bei einer beginnenden akuten Gonorrhöe, so beträgt die Konzentration 2‰. Die Menge der Spül-

Digitized by Google

flüssigkeit beträgt $^1/_2$ l, doch schließt sich daran die Nachspülung mit $^1/_2$ l Borsäurelösung. Bei günstigem Verlauf wird die Konzentration noch herabgesetzt und die Pausen zwischen den Einzelspülungen vergrößert. Die Temperatur der Spülflüssigkeit soll bei allen Spülungen 38 bis 40 ° C. betragen.

Die Dauer der so geleiteten Behandlung erstreckt sich auf 12 Tage bis 3 Wochen, wenn man den Kranken gleich im Beginn der Gonorrhöe in Behandlung nimmt, 4—6 Wochen, wenn der Kranke den Arzt bereits mit ausgesprochen entzündlichen Erscheinungen aufsucht, 9—15 Tage bei jenen Erkrankungen, die das akute Stadium bereits hinter sich haben. Selbstverständlich sind damit nur die unkomplizierten Fälle gemeint, denn wo es sich um extraurethrale Krankheitsherde handelt, nimmt die Behandlungsdauer viel längere Zeit in Anspruch. — (Zentralbl. f. d. Krankh. der Harn- und Sexualorgane, XV, 5.) D.

Kinderheilkunde.

Ueber epidurale Injektionen bei Enuresis der Kinder. Von Dr. G. Kapsammer.

In einer früheren Publikation hat K. über 25 mit der genannten Methode geheilte Fälle berichten können. Seither wurden weitere 20 Fälle behandelt, wovon 15 geheilt und 5 gebessert wurden. Zur Injektion wurde in diesen Fällen nur physiologische Kochsalzlösung verwendet, und zwar meist größere Mengen, 10 bis 40 cm^3. Oft traten passagere Schmerzen in den Beinen, nie andere Störungen auf. Bei hartnäckigen Fällen zeigt sich meist erst bei Verabreichung von größeren Mengen ein Aufhören der Enuresis, und dies zuerst nur in der Nacht, welche unmittelbar der Injektion folgt; bei jeder folgenden Injektion nehmen die trockenen Nächte zu. Anderseits tritt manchmal die Besserung erst nach Tagen ein. Es scheint, daß manchmal beim Stuhlgang nach den Injektionen stärkeres Pressen nötig ist.

Was die Technik betrifft, ist bei Erwachsenen eine Nadellänge von 6—7 cm, bei Kindern unter 10 Jahren von 4 cm notwendig. Der Kranke soll in Bauchlage bei untergeschobenem Keilpolster gebracht werden. Grundbedingung ist strengste Asepsis. Die Einstichstelle liegt etwas über der Mitte der Verbindungslinie der beiden Cornua coccygea des Kreuzbeines. Man sticht unter einem Winkel von za. 60° ein, bis man auf knöchernem Widerstand stößt (die vordere Wand des Kreuzbeinkanals). Jetzt wird die Nadel allmählich unter die Horizontale gesenkt und langsam vorgeschoben. Es soll langsam injiziert werden, die Einstichstelle ist mit steriler Gaze und Pflaster zu decken.

In jedem Fall ist es ratsam, sich nicht mit einer Injektion zu begnügen, sondern drei solche in einer Woche zu machen, wonach eine Probepause gemacht werden kann. Eine theoretische Grundlage der epiduralen Injektionen steht bisher aus. — (Arch. f. Kinderh., Bd. 38.) Nrth.

Die Behandlung der Skrofulose und Tuberkulose mit Soletrinkkuren. Von Dr. Richard Weigert.

Die Behandlung der tuberkulösen Individuen mit Soletrinkkuren ergab einen vollständigen Mißerfolg, vielleicht ist den Patienten durch sie sogar eine Schädigung entstanden.

Die Soletrinkkuren wurden von skrofulösen Kindern gut vertragen. Alle so behandelten Patienten zeigten eine Besserung des Allgemeinbefindens, einige auch eine Abnahme der Neigung zu Schleimhautkatarrhen und eine Verkleinerung der lymphatischen Organe des Nasenrachenraumes; bei anderen blieben die Symptome der Skrofulose gänzlich unbeeinflußt. — (Monatsschr. f. Kinderheilk., Mai 1904.) Nrth.

Die Laugenverätzungen der Speiseröhre. — Therapie. Von Dr. Ludwig Teleky.

Auf Grund seiner sehr eingehenden Studien empfiehlt T. folgendes therapeutisches Vorgehen bei Laugenverätzungen der Speiseröhre.

Mit der methodischen Dilatation durch Sonden soll man in den ersten zwei bis drei Monaten nach der Verätzung nicht beginnen. Tritt vor dieser Zeit die Unmöglichkeit, auch nur Flüssiges zu schlu-

Digitized by Google

cken, ein, so sollte man sich durch eine von Zeit zu Zeit vorgenommene Sondierung bemühen, die Ernährung zu ermöglichen. Gelingt dies nicht, so wäre — ohne daß der Versuch methodischer Behandlung gemacht wird — eventuell nach einem Versuch mit Thiosinamin (15%ige Lösung von Thiosinamin in absolutem Alkohol, $^1/_2$—1 Spritze subkutan, aseptisch im Interskapularraum injiziert) zur Gastrostomie zu schreiten. Gelingt es, den Patienten ohne methodische Dilatationsbehandlung bis zum vierten, oder noch besser, bis zum sechsten Monat ausreichend zu ernähren, so wäre dann ein Versuch mit Thiosinamin (5—10 Injektionen) zu machen. Wird hiermit ein gutes, funktionelles Resultat erreicht, so ist Patient aus der Behandlung zu entlassen, auch dann, wenn der objektive Befund noch kein befriedigender ist. Ist mit Thiosinamin kein Erfolg zu erzielen, so wäre nur bei jenen Fällen, bei denen die Striktur mittelweit (wie Charrière Nr. 15) ist, eine methodische Dilatationsbehandlung einzuleiten. In allen anderen Fällen sollte die Gastrostomie gemacht und danach die Bougierung ohne Ende eingeleitet werden. Die Bougierung ohne Ende hätte mit größter Zartheit zu geschehen. Bevor man sich zu irgend einer aktiven Behandlungsweise entschließt, sollte man womöglich stets versuchen, durch langandauernde möglichste Ruhestellung des Oesophagus und Vermeidung jeder Reibung (absolute Milchdiät, eventuelle Bettruhe, Unterlassen von Sondierungsversuchen) eventuell bestehende Entzündungserscheinungen zum Verschwinden zu bringen und dadurch die Striktur günstig zu beeinflussen. (Zeitschr. f. Heilk., Bd. 25, H. 6.)

Nrth.

II. Diagnostik.

a) Mundhöhle und Rachen.

Zur Pathogenese der glatten Atrophie des Zungengrundes. Von J. Heller.

Im Verein mit Lewin hat H. zuerst seine Untersuchungen über die glatte Atrophie des Zungengrundes gemacht, seither wiederholt den gleichen Gegenstand bearbeitet und nimmt nun gegenüber den jüngsten Ausführungen F. Lessers (hier bereits referiert) nochmals Gelegenheit, seine früheren Zahlen aufrecht zu erhalten. Im Prinzip stimmen ja die Schlüsse Lessers auch mit den früheren Untersuchungen darin überein, die glatte Atrophie des Zungengrundes als Folge einer vorausgegangenen Syphilis anzunehmen. Dagegen muß sich Heller insbesondere gegen die Erklärung Lessers über das Zustandekommen dieser Atrophie wenden. L. nimmt eine interstitielle Entzündung an, die zu einer Schrumpfung der Balgdrüsen führe, und zwar verlegt er diesen interstitiellen Prozeß, nicht wie Lewin und Heller, in das adenoide Gewebe, sondern um dasselbe, denn nur so könne er sagen, daß die Verringerung der Größe und Zahl der Balgdrüsen keine klinische Bedeutung hätten und daß das Bestehen der veränderten Konsistenz das Haupterfordernis für die Annahme einer glatten Zungenwurzelatrophie sei. H. kann aber auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen (solche hat L. unterlassen) zeigen, daß sich bei der glatten Zungenatrophie der Prozeß auf die Zungenschleimhaut beschränkt, es komme nie zu einer interstitiellen Entzündung, etwa in dem Sinne, daß Bindegewebsmassen ganze Balgdrüsen oder Teile derselben abschnüren, aber nicht vielleicht deshalb, weil etwa in der Zunge das Material für eine solche Entzündung nicht gegeben wäre, im Gegenteil, wir kennen sogar eine Glossitis syphilitica interstitialis, bei welcher es zur Bildung starker Bindegewebsmassen und Abschnürungen einzelner Zungenteile kommen kann, aber dies ist etwas ganz anderes als die glatte Atrophie des Zungengrundes.

Nach Lewin und Heller kommt die glatte Atrophie dadurch zustande, daß zunächst im Verlauf der Syphilis eine syphilitische Wucherung des adenoi-

Digitized by Google

den Gewebes der Zungenbalgdrüsen stattfindet, im Laufe der Zeit schwindet diese Wucherung und gleichzeitig mit ihr auch das normale Drüsengewebe, das unter jener Wucherung gelitten. Daraus geht die Bedeutung des Schwundes der Balgdrüsen hervor, während Lesser der Atrophie dieser Zungenbalgdrüsen gar keine Bedeutung beilegt und nur das Bestehen einer veränderten (derberen) Konsistenz als Haupterfordernis betrachtet. — (Dermatol. Zeitschr., XI., 5.) D.

Ueber Stomatitis gonorrhoica beim Erwachsenen. Von Dr. Jürgens.

Die Infektion der Mundschleimhaut durch Gonokokken ist eine so seltene Erscheinung, daß die bisher vorliegenden Publikationen noch außerordentlich spärlich sind. Ihre sichere Kenntnis datiert erst aus dem Jahre 1891, wo Rosinski sie einwandfrei für Neugeborene feststellte; durch Jesionek wurde das Vorkommen auch bei Erwachsenen erhärtet.

Die Erkrankung im vorliegenden Falle begann mit Jucken und Brennen am Zahnfleischrande des Oberkiefers, insbesondere zwischen und über den mittleren Schneidezähnen; an diesen Stellen zeigte sich stärkere Hyperämie und Schwellung. In den nächsten Tagen nahmen die Krankheitserscheinungen an Intensität und Extensität zu, auf dem Zahnfleisch bildete sich ein grauweißer Belag, schmerzhafte Empfindlichkeit des ganzen Mundes trat ein. Bei der Aufnahme ins Spital, am 10. Krankheitstage, erschien das ganze Zahnfleisch gerötet, geschwollen und aufgelockert, stellenweise mit schmierigen, graugrünlichen und übelriechenden Massen belegt, leicht blutend, im Bereiche der beiden letzten unteren Mahlzähne fanden sich flache unregelmäßig begrenzte Geschwüre. Die Schwellung steigerte sich zunächst noch, und die Sekretion wurde so stark, daß das Sekret nachts aus dem Munde herauslief und den Kranken am Schlafen verhinderte. Dabei ist merkwürdigerweise das Allgemeinbefinden wenig gestört, die Temperatur schwankt zwischen 37—38°. Die Behandlung begann mit Spülungen von essigsaurer Tonerde, dann chlorsaurem und übermangansaurem Kali, doch nahm die Schwellung erst einige Tage später ab, als an die Stelle der genannten Spülungen solche mit Sublimat (1 : 7000—10.000) traten.

Die Untersuchung des Zahnfleischbelages hatte (entgegen der von Geheimrat Krause sofort ausgesprochenen Diagnose „gonorrhoische Stomatitis") nur Spirochäten und fusiforme, bewegliche Bazillen ergeben, ja auch nach Entfernung des Belages auf dem blutenden Zahnfleische wurden nur diese Parasiten gefunden. Erst die fortgesetzten Untersuchungen ließen Diplokokken auffinden, welche allerdings nicht mit Sicherheit als Gonokokken angesprochen werden konnten, umsoweniger, als sie gegenüber der Menge der Spirochäten und Bazillen in verschwindender Anzahl erschienen. Deshalb wurden kulturelle Untersuchungen angestellt, die insofern sich leichter gestalteten, als Spirochäten und fusiforme Bazillen sich weder auf Agar, noch auf Serumagar züchten lassen. Die aufgehenden Kulturen zeigten alle Eigenschaften von Gonokokkenkolonien, und die mikroskopischen Präparate entfärbten sich nach Gram. Der einzige Punkt, der gegen die Gonokokkennatur der isolierten Bakterien spricht, ist der, daß sie auf gewöhnlichem Agar bei 37° zur Entwicklung kamen. In dieser Beziehung verweist der Autor auf die neueren Arbeiten über die Biologie des Gonokokkus. Er legt bei der Beurteilung des Falles Wert darauf, daß das klinische Bild der Erkrankung und die Entstehung des Leidens kurz nach Auftreten einer akuten Urethritis gonorrhoica in vollem Einklange mit dem bakteriologischen Befunde stehen. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 24, 1904.) D.

Ueber chronische Diphterie. Von Dr. Ludwig Neufeld.

Durch unsere Kenntnis des Erregers der Diphtherie hat sich das klinische Bild dieser Krankheit wesentlich verändert; denn für eine Anzahl von Erkrankungen, die mit dem klinischen Bilde der Bretonneau'schen Diphtherie nichts ge-

Digitized by Google

meinsam haben, steht es fest, daß sie durch den Diphteriebazillus hervorgerufen werden. Am wichtigsten sind die von E. Neisser 1900 beschriebenen chronischen Rachendiphtheroide, Erkrankungen der Nase und des Pharynx, die weder in klinischer, noch in pathologisch-anatomischer Beziehung irgend welche Gemeinschaft mit der Diphtherie haben und dennoch durch virulente Diphtheriebazillen erzeugt zu werden scheinen. Klinisch zeigen diese Fälle das Bild der Rhinitis, respektive Pharyngo-Laryngitis atrophicans. Der Sicherheit wegen wurde das Blut der Kranken auf seinen Diphtherie-Antitoxingehalt geprüft und dieser in einigen Fällen außerordentlich hoch gefunden.

Concetti teilt die chronische Diphtherie in zwei Gruppen ein: die prolongierte Diphtherie, welche mit wiederholten, sich oft über Monate hinziehenden Rezidiven in klinisch erkennbarer Form auftritt und manchmal auch durch die gewöhnlichen schweren Komplikationen letal endigen kann — und die eigentliche chronische Diphtherie mit Auflagerungen im Pharynx (analog der Rhinitis pseudomembranacea) oder ohne solche, nur mit Ulzerationen. Letztere Form wurde schon 1882 (also vor der Entdeckung des Löffler'schen Bazillus) von Walb beschrieben und klinisch, teilweise per exclusionem (gegenüber Tuberkulose und Lues) als mit der Diphtherie zusammenhängend erkannt. Vielfach werden solche Geschwüre für luetische gehalten und entsprechend behandelt, natürlich ohne Erfolg.

N. berichtet über eine 21jährige Patientin, welche nach einer typischen Angina lacunaris Schlingbeschwerden und eitrigen Schnupfen behalten hatte und bei welcher er, durch eine kleine Blutung aus dem Nasenrachenraum aufmerksam gemacht, ein großes seichtes Geschwür an der hinteren Rachenwand entdeckte. Weder für Tuberkulose noch für Lues konnten Anhaltspunkte gefunden werden, Tuberkelbazillen waren im Sekret nicht nachweisbar, aber auf Löffler'schen Serumplatten gingen Reinkulturen von Diphtheriestäbchen auf, die sich später auch im Nasensekret nachweisen ließen und als virulent erwiesen. Der Prozeß heilte erst nach fünf Monaten aus; dabei stellte sich Atrophie der unteren Muscheln ein. Die Bildung von Pseudomembranen war weder während der Angina, noch auch später beobachtet worden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20, 1904.)

Weil.

b) Kehlkopf.

Die Beziehungen zwischen Kehlkopf- und Lungentuberkulose. Von Dr. Frese.

Die klare Erkenntnis des ursächlichen Zusammenhanges krankhafter Veränderungen des Kehlkopfes mit der Lungentuberkulose ist relativ jungen Datums. Man stritt lange darüber, ob die Veränderungen des Larynx als entzündliche oder als eigentlich tuberkulöse aufzufassen seien und erst durch die Entdeckung des Tuberkelbazillus wurde den oft unsicheren Kriterien der anatomischen Untersuchung eine feste Basis gegeben.

Nur selten ist der Kehlkopf die erste Ansiedlungsstätte der Bazillen im Körper; die Filtrierung der Luft in der Nase und die Tätigkeit des Flimmerepithels im Larynx lassen dies begreiflich erscheinen. Wohl hat jeder Praktiker Patienten, bei denen die Larynxerkrankung im Vordergund steht und in den Lungen wenig oder gar nichts nachzuweisen ist; natürlich beweist dies für die Annahme einer primären Kehlkopftuberkulose gar nichts. Dennoch gibt es einige sichergestellte derartige Fälle. Fast immer aber ist die Lungenerkrankung die vorausgehende, die des Kehlkopfes nach der des Darmes ihre häufigste Komplikation, und zwar in zirka 30% der Fälle. Von diesen steht die größte Zahl im Alter von 20—30 Jahren; die relativ größte Häufigkeit findet sich aber im vierten Dezennium.

Ueber die Art, wie die Kehlkopferkrankung im Verlauf der Lungentuberkulose zustande kommt, stehen sich auch jetzt noch zwei Ansichten gegenüber; die eine sagt, daß das tuberkulöse Sputum den Larynx infiziere, die andere, daß dies von den Lungen aus auf dem Wege der Lymphgefäße geschehe. Für letztere An-

Digitized by Google

sicht werden anatomische und klinische Gründe geltend gemacht. Man findet Bazillen und tuberkulöse Infiltrate nicht selten unter intaktem Epithel; wir wissen aber jetzt, daß die Bazillen sehr wohl das Epithel durchdringen können, ohne darin krankhafte Veränderungen zu setzen. Die Behauptung aber, daß die Erkrankung des Kehlkopfes gewöhnlich auf derselben Seite beginne, wie die der Lunge, hat sich nicht mit Sicherheit beweisen lassen, zumal die Fälle, in denen sicher nur eine Lunge und ebenso sicher nur eine Kehlkopfseite erkrankt ist, außerordentlich selten sind.

Daher schien es wünschenswert, auch das Experiment zur Lösung dieser Streitfrage heranzuziehen. F. hat bei fünf Hunden zahlreiche Infektionsversuche des Larynx durch Einreiben tuberkulösen Materials vom Menschen teils vom Maule her, teils von einer Tracheotomiewunde aus gemacht und in einem Falle tuberkulöse Infiltrate erzeugt, die unter intaktem Epithel saßen. Bei Annahme einer sputogenen Infektion erklärt sich auch der Umstand am besten, daß gegenüber den anderen Abschnitten der oberen Luftwege der Larynx am allerhäufigsten erkrankt.

Larynx- und Lungenerkrankung beeinflussen sich gegenseitig. Bei Affektion der Aryknorpel und der Epiglottis wird durch die Schlingbeschwerden die Ernährung herabgesetzt und dadurch der Lungenprozeß beschleunigt. Umgekehrt lassen Husten und Auswurf den Larynx nicht zur Ruhe kommen und infizieren ihn immer aufs neue. Wenn Fieber auftritt, rührt es nach F. immer von der Lunge her. Die Prognose und Therapie der Kehlkopftuberkulose richtet sich immer nach dem Stande der Lungenerkrankung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13, 1904.)

Weil.

c) Herz und Blutgefäße.

Ueber eine neue Funktionsprüfung des Herzens. Von Dr. M. Katzenstein.

Unterbindung großer Arterien bei kräftigen Tieren mit suffizientem Herzen ruft eine Mehrleistung des Herzens hervor, die sich in Erhöhung des Blutdrucks bei Gleichbleiben der Pulszahl äußert und bis zum Nachlassen der Widerstände (Ausbildung des Kollateral-Kreislaufes) bestehen bleibt. Auf diese Tatsache, daß große Widerstände im großen Kreislauf eine Mehrarbeit des Herzens verursachen, sofern es dazu imstande ist, gründet Vf. seine Methode der Funktionsprüfung. Bei einem ruhig daliegenden Patienten wird die Zahl der Pulse und eventuell der Blutdruck bestimmt. Dann komprimiert man $2^1/_2$—5 Minuten lang die beiden Art. ilacea, bezw. Femorales am Ligam. inguinale und notiert die Veränderungen der Pulszahl und des Blutdruckes. Bei normalen suffizienten Herzen steigt der Blutdruck um 5—15 mm Hg bei Gleichbleiben resp. Herabgehen der Pulszahl, bei suffizienten hypertrophischen Herzen steigt der Druck um 15—40 mm Hg bei gleicher oder geringerer Pulszahl. Bei leicht insuffizienten Herzen bleibt der Druck unverändert, der Puls gleich oder wird frequenter, bei schwer insuffizienten Herzen sinkt der Druck, während die Pulszahl sich hebt. Für die Praxis genügt die Tatsache, daß bei suffizientem Herzen die Kompression der Femorales keine Erhöhung der Pulsfrequenz bedingt. Steigt dieselbe, so ist das Herz insuffizient. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23, 1904.)

E. S.

Zur Auskultation der Herz- und Gefäßtöne: Spalt- und Doppeltöne — sogenannter Galopprhythmus des Herzens. Von Primararzt Dr. Mader.

Vf. wendet sich vor allem gegen die Bezeichnung und vermeintliche diagnostische oder prognostische Bedeutung des „Galopprythmus". Die Verhältnisse werden erst dann durchsichtiger, wenn man von der verwirrenden Zusammenfassung absieht und einfach systolische und diastolische Spalt- und Doppeltöne unterscheidet, ferner den Ort, wo sie am lautesten gehört werden, angibt.

Die weitaus häufigere Form bilden die diastolischen Spalt- und Doppeltöne. Sie sind am häufigsten über der Auskultationsstelle der Pulmonalis zu hören und sind bei Gesunden und Kranken sehr oft zu finden,

Digitized by Google

falls man nur genügend lange und aufmerksam untersucht. Vf. hat viele hundert solcher Fälle beobachtet. Namentlich ist die „Spaltung" als etwas Physiologisches anzusehen, doch führen allmähliche Uebergänge bis zu den ausgesprochenen angeblich pathologischen Doppeltönen. Sehr wichtig ist der Zusammenhang der Spalt- und Doppeltöne mit der Atmung. In einer großen Zahl von Fällen tritt auf der Höhe der Inspiration Spaltung des früher einfachen Tones ein, die mit der Exspiration wieder schwindet oder seltener sich auch noch während der Exspiration fortsetzt, manchmal auch bis zu Doppeltönen sich steigert. Was die pathologische Bedeutung dieser Doppeltöne betrifft, so kommen sie bei Krankheitszuständen, speziell Nierenaffektionen, nicht häufiger vor, als bei Gesunden. Ganz unverständlich bleibt für Vf. die angebliche Bedeutung der diastolischen Doppeltöne für Schwächezustände des Herzens. Nur bei Stauungszuständen im kleinen Kreislauf sind diastolische Doppeltöne ungewöhnlich häufig, doch kommt ihnen nicht einmal hier dieselbe pathognomonische Bedeutung zu wie der Akzentuierung des zweiten Pulmonaltones. Auch hier wird die Spaltung nicht immer kontinuierlich, sondern sehr oft respiratorisch intermittierend. Die Entstehung des Doppeltones kann nicht in der gebräuchlichen Erklärung, in ungleichzeitigem Schlusse der Aorten- und Pulmonalklappen, resp. in der Druckdifferenz in den beiden Gefäßen gelegen sein. Sonst müßte physiologisch bei dem dreifachen Ueberdrucke der Aorta über die Pulmonalis der Doppelton immer vorhanden sein, bei Erhöhung des Druckes im Lungenkreislauf müßte er seltener werden. Auch müßte dann der Doppelton am stärksten über der Kreuzungsstelle der großen Gefäße zu hören sein und sich überall hin gleichmäßig abnehmend verbreiten, während tatsächlich der Doppelton links vom Sternum am lautesten ist, gegen die Aorta zu verschwindet, ferner nur über dem rechten, nicht über dem linken Ventrikel sich fortleitet. Daraus folgt zweifellos, daß der Doppelton nur ein gedoppelter Pulmonalton sein kann, für welchen nur eine einzige Erklärungsmöglichkeit, das nicht ganz gleichzeitige Tönen der Semilunarklappen besteht, da der Schluß gleichzeitig und vor dem Tönen erfolgt. Der inspiratorische diastolische Doppelton kann dann durch Dehnung der Pulmonalarterie, sowie durch absatzweisen Rückstoß der Blutwelle veranlaßt werden.

An der Auskultationsstelle der Aorta hört man nur selten einen diastolischen Doppelton, welcher sich einerseits nach der Aorta ascendens, anderseits zur Herzspitze verbreitet. Stets betraf diese Erscheinung Individuen mit normalen Zirkulationsorganen und ist daher etwas individuell Physiologisches.

An der Auskultationsstelle des rechten Ventrikels ist der diastolische Doppelton natürlich der fortgeleitete Gefäßton. Die Fälle, wo er nur über dem rechten Ventrikel gehört wird, sind wohl nur solche, wo die Gefäßtöne durch stärkere Lungenüberdeckung undeutlich werden. Diese isoliert über dem Ventrikel hörbaren Doppeltöne können unter Umständen zu Täuschungen Anlaß geben, indem man den zweiten Teil derselben als präsystolischen Vorhofston auffassen könnte. Vf. stellt überhaupt die Möglichkeit eines Vorhofstones, und überhaupt des Muskeltones des Herzens in Abrede.

Ueber der Herzspitze hört man nur dann einen diastolischen Spaltton, wenn derselbe über der Aorta ebenfalls vorhanden ist.

Systolische Spalt- und Doppeltöne sind viel seltener und werden zweifellos oft überhört und falsch gedeutet. Die systolischen Spalttöne sind stets über allen Auskultationsstellen gleichzeitig hörbar, doch kann die Fortleitung in die Gefäße, sowie deren Ueberlagerung durch Lunge dieselben an diesen Stellen etwas abschwächen. Auch die systolischen Doppeltöne gehören in das Gebiet des individuell Physiologischen. Wahrscheinlich beruhen sie auf einer ungleichzeitigen Kontraktion der aus dem Septum und aus den Ventrikelwänden entspringenden Papillarmuskeln, wodurch ungleichzeitige Spannung der einzelnen Klappensegel bedingt wird. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 22 und 23, 1904. E. S.

Digitized by Google

Ueber Dysbasia angiosklerotica (intermittierendes Hinken). Von W. Erb.

Außer den typischen Fällen des Leidens gibt es auch atypische, bei welchen zwar das Symptom des intermittierenden Hinkens nicht ausgesprochen ist, doch andere Symptome erscheinen z. B. Schwäche und Ermüdung ohne die charakteristische Intermission, eher sogar Besserung bei längerem Gehen, oder Ermüdung und Schmerzgefühl, ohne die Nötigung, stehen zu bleiben oder Parästhesien, Ermüdung, Kältegefühl, Schmerz in der Kniekehle, Spannung in den Waden ohne Intermission, oder rasches Ermüden, Schmerz in den Fußgelenken mit Parästhesien der Fußsohlen u. s. w., in allen diesen Fällen jedoch völliges oder teilweises Fehlen der Pulse in den Fußarterien, wie bei der typischen Dysbasie. Die Fußpulse können in allen vier Arterien fehlen oder nur in einzelnen, oder noch fühlbar, aber abgeschwächt sein. Die allgemeine Arteriosklerose ist daneben sehr verschieden ausgeprägt. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 21, 1904.) E. S.

d) Pleura und Peritoneum.

Ueber die Verwendbarkeit der Jousset-schen Inoskopie. Von Körmöczi und Jassinger.

Joussets Methode, aus den sich in Körperhöhlen physiologischer- oder pathologischerweise ansammelnden Flüssigkeiten den Krankheitserreger, speziell den Tuberkelbazillus, nachzuweisen, wurde von dem Vf. nachgeprüft. Diese Methode — Inoskopie — besteht darin, daß man aus den gerinnbaren Flüssigkeiten (pleuritisches und peritonitisches Exsudat, Blut) das Fibrin sich absetzen läßt, dann dieses durch eine Verdauungsflüssigkeit auflöst, zentrifugiert und den Niederschlag zur Untersuchung benützt. Auf diese Weise will Jousset sehr oft die tuberkulöse Natur eines Leidens aufgedeckt, öfters auch bei chronischer Lungentuberkulose Tuberkelbazillen im Blute aufgefunden haben. Die Vf. wählten sicher tuberkulöses Material zu ihren Nachprüfungen, hatten jedoch ein wechselndes Resultat, so daß sie zu dem Schlusse kommen, daß die Inoskopie Joussets Erwartungen nicht erfüllt, indem sie nicht geeignet ist, nur spärlich vorkommende Bazillen dem Untersucher zur Kenntnis zu bringen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10, 1904.) Baer.

Ueber die Empfindlichkeit der Organe und Gewebe innerhalb der Bauchhöhle und Lokalanästhesie. Von K. G. Lenander, Upsala.

Bezüglich der Sensibilität innerer Organe liegen schon seit ältester Zeit Beobachtungen vor; wohl die beste auf diesem Gebiete wurde von Harvey gemacht, welcher Gelegenheit hatte, einen jungen Grafen Montgomery zu untersuchen, der durch einen Unfall einen Teil der vorderen Brustwand eingebüßt hat, so daß das Herz stellenweise entblößt war, wobei man konstatieren konnte, daß durch Reizung des Herzens keinerlei Empfindungen ausgelöst werden konnten. Im Laufe der Zeit wurden zahlreiche Beobachtungen und Versuche nach dieser Richtung gemacht und die Empfindlichkeit der Gewebe und Organe gegen Kälte, Hitze, mechanische Eingriffe vielfach studiert und oft die widersprechendsten Aeußerungen getan; bezüglich des Peritoneums ist man zur Ansicht gekommen, daß die gesunde Serosa sehr wenig empfindlich ist, die Entzündung derselben jedoch sowohl spontan als bei Berührung äußerst heftige Schmerzen hervorrufe. Der Finnländer Max Buch glaubt, daß alle Teile des Sympathikus Träger von Schmerzen sein können und stellt einen Krankheitsbegriff, den „Sympathizismus", auf, unter welchem schmerzhafte Empfindungen im Kopf, in der Brust und dem Bauch inbegriffen sein können.

L. hebt nun an erster Stelle hervor, daß sich Tierversuche zur Entscheidung nicht eignen, da die hiezu zumeist angewendeten Kaninchen leicht während des Versuches in einen Zustand der Hypnose versetzt werden, in welchem sie auf Eingriffe nicht reagieren, anderseits muß man zwischen Schmerzempfindung und Reflex unterscheiden, was oft bei Tieren sehr schwierig ist.

Digitized by Google

L. machte umfassende Versuche unter Lokalanästhesie und kam hiebei zu folgenden Resultaten: Das Peritoneum parietale ist für operative Eingriffe, besonders bei Quetschung und Dehnung, sehr empfindlich. Es scheint Kälte- und Wärmenerven nicht zu besitzen und reagiert bei einfacher Berührung schwach oder gar nicht; es scheint den Ursprung der Schmerzempfindung zu bilden, welche von den spinalen Nerven der Subserosa vermittelt werden. Dagegen sind die Organe der Bauchhöhle: Magen, Därme und Mesenterien, Netz, Gallenblase, Leber, Milz, Pankreas, Ovarien, Uterus, die Tabes, sowie die freigelegten und gespaltenen Nieren und die Serosabekleidung der Blase, ferner die Lungen und die Pleura pulmonalis für die verschiedenen Reizungen sowohl im gesunden wie im kranken Zustand unempfindlich. Die Organe und Gewebe, welche nur vom Sympathikus oder vom Vagus nach dem Abgange des Nervus laryngens superior innerviert werden, scheinen danach sensible Nerven nicht zu besitzen. Die Krankheiten der Organe innerhalb der Bauchhöhle sind nach der Ansicht von L. nur dann von Schmerzempfindungen begleitet, wenn durch dieselben eine mechanische, chemische oder entzündliche Reizung der spinalen Nerven in der Subserosa der Bauchwandungen oder des Zwerchfells zustande kommt. Die Organe, von denen Schmerzempfindungen ausgelöst werden können, sind entweder teilweise mit spinalen Nerven versehen oder kommen in nähere Berührung mit denselben, z. B. die fibröse Nierenkapsel, Ureteren, Nierenbecken, Duodenum, der retriperitoneale Teil des Choledochus etc.

Die Leber hat gar keine Schmerzempfindung, die sogenannten Leberschmerzen bei Stauungsleber beruhen auf Dehnung und Druck des parietalen Bauchfellüberzuges, deshalb werden diese Leberschmerzen oft nach Abzapfung der Aszitesflüssigkeit stärker empfunden. Schmale strangförmige Verwachsungen zwischen einem Eingeweide und der parietalen Serosa vermitteln heftigere Schmerzen als breite, weil durch die ersteren eine Dehnung der parietalen Serosa leichter zustande kommt.

Bei der Entzündung in der Gegend des Appendix rühren die Schmerzen von der Reizung der spinalen Nerven in der Subserosa der Bauchwand her, da sowohl die Appendix als auch deren Mesenteriolum und Cökum schmerzempfindende Nerven vermissen. Mac Burneys Punkt entspricht der Stelle an der hinteren Bauchwand, wo die Lymphgefäße vom Processus vermiformis sich an die hintere Bauchwand anlegen und mit den spinalen Nerven derart in Berührung kommen. Die Berührung oder Zerrung der hinteren oder vorderen Parietalserosa kann von Schmerzen und Unbehagen gefolgt sein, welche bis unter die Brust, in die Mitte des Bauches sich erstrecken, von Erbrechen begleitet sind, Symptome, welche bei einem akuten Appendizitisanfall am öftesten zustande kommen.

Eine Stenose des Dünndarmes veranlaßt insolange keine Schmerzen, als sie nicht entweder eine Lymphangoitis verursacht, welche sich der Bauchwandungen mitteilt, oder eine Anspannung des Duodenums zur Folge hat. Die Kontraktionen des Dünndarmes gehen schmerzlos vor sich, weil sie mit der Serosa rund bekleidet sind und das Colon ascendens und descendens sind mit der hinteren Bauchwand so lose verbunden, daß die normale Darmperistaltik eine Zerrung der sensiblen Nerven nicht hervorruft. Ist der Darm jedoch abnorm gespannt, sei es durch Gase oder anderen Inhalt, können Kolikschmerzen durch Reizung der spinalen Nerven entstehen. Auch die Rektalschleimhaut ist unempfindlich und das Defäkationsbedürfnis dürfte ausgelöst werden durch Reizung der Nerven im periproktalen Bindegewebe durch Dehnung desselben bei gefülltem Enddarm.

Durch die Untersuchungen und Befunde Ls. wird eine wesentliche Lücke in der Kenntnis der Physiologie der Bauchorgane ausgefüllt und vor allem wird hiedurch der Lokalanästhesie ein weiteres Feld eröffnet.

L. übt die letztere in ausgedehntem Maße aus, und zwar trachtet er in geeig-

Digitized by Google

neten Fällen eine regionäre Anästhesie durch perkutane, endo- oder perineurale Injektionen einer Kokainlösung (0·25 bis 0·5%) im Verein mit einer subkutanen Injektion derselben Kokainlösung mit Zusatz von Adrenalin (5—10% 1 : 1000) zuwege zu bringen. Das Adrenalin hat Digitaliswirkung und wirkt hämostatisch durch Zusammenziehung der Gefäße. Vor dem Hautschnitt wird die Haut mit Anestil oder ähnlichen Stoffen zur Erfrierung gebracht und $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden vor der Operation erhält der Patient eine kleine Dosis Morphium subkutan.

L.s Resultate wurden im wesentlichen durch Untersuchungen anderer bestätigt, wie Bier, Hoffmeister und Veit; der letztere hat mit Erfolg vier Kaiserschnitte unter Lokalanästhesie durchgeführt. — (Upsala läkare foreningens förhandlingar, Bd. 6, S. 408, IX, 54.)

Klemperer, Karlsbad.

e) Oesophagus.

Ein seltener Fall von Oesophagusstriktur. Von H. Jungnickel.

In dem sehr interessanten Falle waren gleich nach der Abheilung einer Rachendiphtherie Erscheinungen von Oesophagusverengerung aufgetreten, die später eine Oesophagotomie nötig machten; dabei ergab sich das Vorhandensein richtiger Narbenstenose, wahrscheinlich in ätiologischem Zusammenhange mit der Diphtherie. — (Prag. med. Wochenschr. Nr. 38, 1903.) F. L.

f) Magen.

Ein Beitrag zur Lehre vom kontinuierlichen Magensaftfluß (Reichmann'sche Krankheit). Von Dr. A. Bittorf.

Vf. gibt zunächst die Krankheitsgeschichte eines vollkommen unkomplizierten Falles, der einen 45jährigen Schuster betraf, welcher seit vielen Jahren nervös ist und seit etwa vier Jahren an heftigen Leibschmerzen leidet, die bei leerem Magen, besonders nachts, auftreten und bei vollem Magen verschwinden. Der Magen zeigt weder Form-, noch Größe-, noch Lageveränderung, keine Zeichen von abgelaufenem oder bestehendem Ulkus. Bei der Ausheberung finden sich keine Zeichen von Stagnation des Inhaltes oder motorischer Schwäche. Trotzdem gelingt es, früh nüchtern einmal 50—60 cm³, je einmal 20 und 16 cm³ und zweimal Spuren eines stark sauren, reinen Magensaftes zu entleeren. Die Werte der freien Salzsäure erreichen die oberen Grenzen für normale Salzsäuremengen auf der Höhe der Verdauung; Pepsin ist stets reichlich vorhanden. Milchsäure, Stärke, Dextrin und Zucker fehlen im nüchternen Magen. Im Filtrat des ausgeheberten Probemahlzeitrestes zeigen sich geringere, aber durchaus normale Gesamt- und Salzsäurewerte; Pepsin ist reichlich vorhanden, Milchsäure fehlt auch hier. Die Stärkeumsetzung erscheint durchaus normal. Eine verlangsamte Entleerung konnte nicht festgestellt werden. Vermehrtes Durstgefühl bestand nicht, ebensowenig stärkere Obstipation; Erbrochen ist während der Behandlung einmal, früher angeblich nie beachtet worden. Die Diagnose mußte demnach auf chronischen kontinuierlichen Magensaftfluß gestellt werden.

Die Einteilung für den chronischen kontinuierlichen Magensaftfluß der verschiedenen Autoren ist die folgende:

1. Primäre idiopatische Form. Seltene Neurose.

2. Sekundäre Form. Folge häufiger organischer Magenerkrankung und Symptom derselben (vorwiegend bei Magendilatation, chronischem Ulkus, Pylorusstenose und chronischem Katarrh).

Analog gestalten sich die Verhältnisse bei der intermittierenden Gastrosukkorrhöe:

1. Idiopathische Form als Neurose.

2. Eine sekundäre Form als Folge anderer Krankheiten (Hemikranie, Tabes, zerebrale Erkrankungen).

Die Therapie dieser Krankheit besteht in Verabreichung von Natr. bicarbon. oder Magn. ust., Fleischdiät, häufigeren Mahlzeiten. Daneben ist auf roborierende oder allgemein kräftigende Diät und Lebensweise mit milden hydrotherapeutischen Maßnahmen Wert zu legen, wodurch dauernde Besserung erzielt werden kann. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 12, 1904.) F. L.

Digitized by Google

g) Darm.

Ueber die Bedeutung des Nachweises von Blutspuren in den Fäzes. Von G. Joachim.

Mit Hilfe der Guajak- sowie der Aloinprobe (nach Rossel) wurde der Stuhl einer großen Anzahl von Patienten auf die Anwesenheit geringer Blutmengen geprüft, um die Bedeutung für die Diagnose von mit Hämorrhagien eingehenden Darmerkrankungen festzustellen.

Bei Personen, bei denen die Anwesenheit von Blut im Stuhl nicht erklärlich gewesen wäre, fiel die Probe nur in einigen Fällen positiv aus, die in den letzten Tagen bluthältige Nahrung aufgenommen hatten.

Nach geringem Nasenbluten konnte regelmäßig eine positive Probe erhalten werden, seltener nach Hämoptysen, weil das Sputum weniger verschluckt wird als das aus der Nase in den hinteren Rachenraum fließende Blut.

Auch bei Pneumonikern konnte niemals Blut im Stuhl nachgewiesen werden. Bei Karzinom der Verdauungsorgane fiel die Probe nur einmal (Ca. oesoph) unter 19 Fällen negativ aus, doch war die Reaktion meist nur eine schwache.

Bei Ulc. ventriculi konnte Blut in 83% von 28 Fällen nachgewiesen werden, jedoch nicht regelmäßig und schwach wie bei den Karzinomen, sondern periodenweiser Wechsel von relativ starken Hämorrhagien mit ganz blutfreien Stühlen.

Bei tuberkulösen Darmgeschwüren erhielt Vf. stets negativen Ausfall, bei Typh. abdomin. zweimal positives Resultat, ebenso war in einem Falle von schwerer Quecksilbervergiftung regelmäßig Blut nachweisbar.

Negativ blieb die Probe stets bei allen gewöhnlichen Magenkatarrhen, Gastroptosen und Darmparasiten mit Ausnahme eines Falles von Balantidium coli etc.

Bei starker allgemeiner Stauung gelang der Blutnachweis wiederholt; die Blutungen hörten jedoch auf, sobald die Stauung zurückging. Bei mehreren Fällen von Leberzirrhose mit hochgradiger Pfortaderstauung fehlte Blut jedoch konstant.

Bei Icterus catarrhalis wurde mehrmals auf der Höhe der Erkrankung Blut nachgewiesen, dagegen blieb die Reaktion bei Cholelithiasis aus.

Fast konstant positiv war die Probe bei einem Falle von sekundärem Leberkarzinom (das primäre Neoplasma dürfte im Magendarmkanal zu suchen sein). Negativ blieb die Probe bei Karzinom des Pankreas; bei hämorrhagischer Pankreatitis fiel sie jedoch positiv aus.

Es wurden auch Versuche auf die Zuverlässigkeit der Probe angestellt. Es zeigte sich nach Genuß von 3·0 g Blut noch positiver Ausfall. Die Aloinprobe erwies sich empfindlicher als die Guajakprobe.

Die Fehlerquellen liegen in der Beimengung von Hämorrhoidal- oder Menstrualblut, im Genuß bluthältiger Nahrungsmittel (Blutwurst, rohes, halbrohes Fleisch. Gut durchgebratenes Fleisch beeinflußte jedoch niemals den Ausfall der Probe). Nach größeren Blutmengen bleibt die Probe mehrere Tage lang positiv. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18, 1904.)

E. S.

Die Anwendung der Rekto-Romanoskopie in der Praxis. Von Dr. Stephan Kelen.

Bisher beruhte die Differentialdiagnostik der Erkrankungen des Rektums wesentlich auf der Digitalexploration und auf solchen Inspektionsmethoden, von denen man im konkreten Falle nicht sicher sagen konnte, ob sie die Besichtigung der oberhalb der Ampulle gelegenen Partie ermöglichen. Seit kurzem sind wir nach der Angabe des Verfassers in die Lage versetzt, in jedem einzelnen Falle den Eingang in die Flexur mit Sicherheit zu gewinnen. Die Förderung der klinischen Topographie des Rektums durch Schreibers systematisch ausgeführte Versuche veranlaßte Strauß zur Konstruktion eines neuen Rektoskops, des sogenannten Insufflations-Rektoskops, das im Prinzip von Tuttle stammt; mit Hilfe desselben läßt sich bei geeigneter Lagerung und in Beobachtung einer im Detail wohlausgearbei-

Digitized by Google

teten Einführungstechnik die Flexura sigmoidea unschwer zugänglich machen. Auch therapeutisch kann die Rektoskopie von hohem Werte sein, denn sie ermöglicht uns, ein Ulkus an Ort und Stelle unter Kontrolle des Auges zu ätzen, einen Polypen mit kalter oder glühender Schlinge abzutragen oder auch für ein Ulcus carcinomatosum frühzeitig eine entsprechende chirurgische Therapie einzuleiten. Das Instrument besteht in einem 30 cm langen, innen geschwärzten Tubus von 20 mm Durchmesser und einer Skala an der Außenseite; zur Einführung wird derselbe mit einem Obturator versehen, der zwei seitliche Rinnen trägt, um das Ansaugen von Darmschleimhaut durch den bestehenden negativen Druck beim Zurückziehen des Obturators zu vermeiden. Die weiteren Hauptbestandteile sind ein Lichtträger und ein Hahn zum Aufziehen des Gebläseschlauches, beide am Tubusokular, das bei Aufbähung des Darmes mit einem „Fenster" verschlossen wird. Man geht in der Richtung von hinten unten nach vorne oben bis 11 cm vor und hebt dann den Tubus außen etwas über die Horizontale, wenn man in den Introitus flexurale gelangen will. Gelingt dies nicht ohne weiteres, so setzt man das Fenster ein und bläst mit der linken Hand Luft ein, um die Wände zur Entfaltung zu bringen und damit das Lumen des Introitus zu erweitern; mit der rechten schiebt man gleichzeitig den Tubus vorsichtig weiter. Die derzeitige Vervollkommnung der Rekto-Romanoskopie bedeutet sicherlich einen Fortschritt, der dem Chirurgen wie dem inneren Mediziner gleich willkommen sein kann. — (Med. Woche Nr. 7, 1904.)

F. L.

Die akuten und chronischen umschriebenen Entzündungen des Dickdarms, speziell der Flexura sigmoidea. Von Dr. A. Bittorf.

Vf. gibt zunächst die Krankengeschichten von drei eigenen und einer fremden Beobachtung der Krankheit. Die Symptome sind Kopfschmerz, Mattigkeit, eventuell Gliederschmerzen, Obstipation, Fieber, mitunter Auftreibung des ganzen oder eines Teiles des Abdomens, walzenförmige Resistenz und zirkumskripte Druckempfindlichkeit in der linken Fossa iliaca. Mitunter finden sich noch spontane Leibschmerzen; diese können diffus oder zirkumskript und zeitweise sehr heftig sein. Die Ursache der Entzündung der Flexura sigmoidea, ebenso wie die der analogen Affektionen an anderen Stellen des Dickdarmes, abgesehen vom Koekum und Appendix, ist eine Kotstauung. Es handelt sich wohl meist nicht um das Liegenbleiben eines in kurzer Zeit entstandenen großen Kotballens, sondern um die allmähliche Ansammlung von Kotresten in den Haustren. Dort trocknen sie mehr und mehr ein und können sich durch Ansatz neuer Mengen vergrößern. Diese liegenbleibenden Kotballen bedingen durch die Ausdehnung des ganzen Darmabschnittes nicht nur eine Ernährungsstörung, sondern auch eine motorische Schwäche desselben. So erklärt sich auch die Tatsache, daß es häufig mit dem Einsetzen der Erkrankung zur Verstopfung kommt, wo vorher regelmäßiger Stuhl vorhanden war. Disponierend wirken nervöse und muskuläre Darmschwäche, Abknickungen, Darmkatarrhe. Jüngere Personen sind häufiger befallen. Das Peritoneum zeigt im Kontakt mit der entzündeten Schleimhaut und Submukosa zunächst Reizungs- und Entzündungserscheinungen; schreitet der entzündliche Prozeß fort, so kommt es zur meist abgekapselten serösen oder eitrigen Peritonitis. Während von anderer Seite (Pal) die Möglichkeit einer zirkumskriptum Peritonitis geleugnet wird, führt Vf. kurz die Krankengeschichten von zwei Fällen akuter Perikolitis an, die er beobachten konnte.

Die Symptomatologie der chronischen Entzündung der Flexura sigmoidea ist eine ziemlich konstante: mehr oder weniger druckempfindliche, deutliche, walzenförmige Resistenz in der linken Fossa iliaca. Temperatur bis 38°, Stuhl unregelmäßig, meist hartnäckig verstopft, Appetitlosigkeit, allgemeine nervöse Beschwerden. Die Differenzialdiagnose gegenüber chronischem Katarrh wird sich hauptsächlich auf die eigenartige Symptomengruppe und den Befund der deutlichen Resistenz in der linken Fossa iliaca stützen.

Digitized by Google

Auf Laxantien, Diät, Leibprießnitz, Bettruhe geht meist die Empfindlichkeit ganz zurück, während die Resistenz nur langsam und unvollständig schwindet. Massagebehandlung ist zu versuchen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1904.) F. L.

Drei Fälle von primärer Einklemmung des Wurmfortsatzes. Von Dr. Staatsmann.

Die drei auf der Klinik Czerny beobachteten Fälle sind in diagnostischer Hinsicht sehr interessant. In allen drei Fällen fehlten Allgemeinerscheinungen, die von der gestörten Darmfunktion herrühren, völlig; es war keine Stuhlverhaltung, kein Erbrechen eingetreten, was ja an und für sich ganz erklärlich ist, da der Wurmfortsatz mit der Kotbeförderung nichts zu tun hat.

Die Diagnose kann daher nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein; Trotz der anfangs geringfügigen Erscheinungen sollen die Fälle möglichst bald der Operation zugeführt werden, da differentialdiagnostisch Darmwandbrüche in Betracht kommen und diese letzteren sehr bald nach eingetretener Einklemmung eine ungünstige Prognose abgeben. Der Mangel der Erscheinungen von gestörter Darmpassage darf von der Operation nicht zurückhalten.

Die Behandlung besteht in Erweiterung der Bruchpforte, Abtragung des Wurmfortsatzes und Versenken des Stumpfes in das Cökum. Eine Reposition des eingeklemmt gewesenen Wurmfortsatzes erscheint — in Anbetracht der ohnedies großen Neigung dieses Organs zu Entzündungen — zu gewagt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1904.) E.

h) Leber.

Beobachtungen über epidemischen katarrhalischen Ikterus. Von Dr. Lyder Nicolaysen in Christiania.

Vf. machte vom September 1901 bis April 1902 Untersuchungen über das Titelthema und konnte in dieser Zeit 123 Fälle von Ikterus sammeln. Während der Sommermonate kam kein Fall zur Beobachtung. Im Februar 5, März 7, April 2, während im November die Zahl auf 54 stieg. Etwas über die Hälfte der Erkrankten waren Kinder unter 15 Jahren. Zwölfmal wurde das mehrfache Auftreten in einer Familie beobachtet. Die klinischen Symptome entsprachen denen des gewöhnlichen Icterus catarrhalis und waren meist leichter Natur, nur in einzelnen Fällen trat bei längerer Dauer Entkräftung ein, die Mehrzahl der Betroffenen wurde von derselben Wasserleitung versorgt, trotzdem glaubt Vf. diesem Umstand keine besondere Beeinflussung zuschreiben zu sollen (?). Die Epidemie war ziemlich abgegrenzt. Die Krankheit begann im Herbst und verbreitete sich schneller oder langsamer, bis sie in den Wintermonaten ihren höchsten Stand erreichte. In den seltensten Fällen wurden bei einer Haus- oder Familienepidemie alle Personen zur selben Zeit betroffen, vielmehr wurde ein Mitglied der Familie nach dem andern nach einer Zwischenzeit von einer bis zwei Wochen oder mehr ergriffen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24, 1904 F. L.

i) Niere.

Ueber Urine und Urinsedimente bei normalen Personen, bei rheumatischen Erkrankungen und nach der Einwirkung von Salizylpräparaten. Von C. Klieneberger und R. Oxenius.

Sehr exakte Untersuchungen des Harnes bei 93 normalen Personen ergaben, daß mit den gewöhnlichen klinischen Methoden in 58% der Fälle Albumen (durch Berücksichtigung der Opaleszenzreaktion) im Harne nachweisbar ist, welches wahrscheinlich durch Zerfall des Zellmaterials in Lösung übergegangen ist. Ebenso finden sich in 88% der männlichen, 74% der weiblichen Individuen spärliche Zylinder, und zwar am häufigsten hyaline Zylinder, seltener granulierte, nur ausnahmsweise Nierenzellzylinder. Relativ selten kommen Nierenepithelien oder Erythrozyten vor. Bei afebrilen, noch nicht mit Salizyl behandelten Polyarthritiden gleicht der Befund ganz dem bei normalen Personen erhaltenen Resultat, dagegen fanden sich in den febrilen Urinen durchwegs mehr Ei-

Digitized by Google

weiß und quantitativ vermehrte Formbestandteile, insbesondere Zylinder, darunter wieder besonders granulierte Formen, Epithelien und Erythrozyten.

Nach der Salizylbehandlung, selbst nach geringen Dosen, nehmen Eiweiß und Formbestandteile zu, wie dies bereits Lüthje festgestellt hat, so daß nach dem Urinbefunde entschieden von einer Salizylnephritis und von einem desquamativen Katarrh der Harnwege gesprochen werden muß. Doch bildet sich diese Salizylnephritis trotz Fortsetzung der Salizylbehandlung zurück, jedoch nicht infolge einer Gewöhnung, da nach einigen Tagen des Aussetzens Nieren und Harnwege genau in derselben Weise auf das Salizyl reagieren.

Vf. meinen also, daß bei den fieberhaften rheumatischen Erkrankungen in der Mehrzahl der Fälle eine toxische, bezw. fibril-toxische Nephritis besteht, die unter Salizylgebrauch ausheilt. Anderseits bedingt das Salizyl an sich eine charakteristische, unter fortdauerndem Salizylgebrauche ausheilende Nephritis. (Kontrolluntersuchungen über die Wirkung des Salizyls auf die Nieren gesunder Personen fehlen leider. Vf.) — (Deutsch-Arch. f. klin. Med. Bd. 80, Heft 3 und 4.) E. S.

k) Weibliches Genitale.

Untersuchungen über die Entwicklung der Fibromyome und Adenomyome des Uterus. Von A. Claisse.

Vf. stellte an 41 Tumoren seine diesbezüglichen Untersuchungen an und kam auf Grund derselben zu folgendem Resultat: 1. Die Fibromyome des Uterus sind außerordentlich häufig, jedoch scheint Heredität hiebei nicht mitzuspielen. Myome finden sich häufig bei sterilen Frauen, doch ist die Ehelosigkeit nicht von Wichtigkeit. Die zumeist vorhandene Endometritis verhindert die Konzeption. 2. Eine häufige Begleiterscheinung der myomatösen Uteri sind subkutane Entzündungen der Schleimhaut und der kleinen Muskelgefäße. 3. In der Umgebung letzterer und besonders der Kapillaren bildet sich eine Proliferationszone runder Zellen, welche sich in glatte Fasern umwandeln und sich durch Bildung von proliferierenden Zellen und neuen Kapillaren vergrößert und sich mit einem fibrösen Streifen umgibt, welcher diesen myomatösen Knoten inmitten benachbarter Muskelbündel isoliert. Anfangs kann sich das Gefäß als Zentrum erweitern, dann findet ein Obliterationsprozeß statt. 4. Diese Neubildungen sind von Natur entzündlich. Infolge einer Endo- und Perivaskularitis entstanden, sind sie von analogen Erkrankungen des Peritoneums, der Adnexe und besonders der Uterusschleimhaut begleitet und haben eine vollständige Leukozytose zur Folge. Sie dürften aller Wahrscheinlichkeit nach mikrobischen Ursprunges sein, obwohl die Anwesenheit von pathogenen Keimen in diesen Tumoren, ihre Vereiterung und die der Nachbarschaft keinen absoluten Beweis dafür abgeben. 5. In ihrer Entfaltung zeigen die interstitiellen Tumoren nur geringe Verbindung mit der Umgebung, die subperitonealen und submukösen Tumoren haben infolge ihrer Kompression durch den Uterusmuskel die Tendenz, nach der freien Oberfläche auszuweichen und sich zu stielen. 6. Die Struktur ist verschieden. Anfänglich muskulös, ist das Gewebe später mehr fibrös. 7. Es kommt zu einer Hypertrophie der Uteruswand und zur Einkapselung des Tumors, weiters zur Endometritis hypertrophica, bisweilen atrophica. Ovarien und Tuben erkranken in der Folge häufig. Die Myome können sehr umfangreich werden und sich metamorphosieren. Sie werden ödematös durch Kompression, verkalken, degenerieren zystisch, vereitern, gangränescieren und entarten sarkomatös. 9. Die glandulären Polypen entwickeln sich anschließend an eine Schleimhauthypertrophie entzündlichen Ursprungs. 10. Die interstitiellen Adenomyome können kongenitalen Ursprungs sein. Sie entstehen im Niveau der hypertrophischen Schleimhaut und können zystisch, teleangiektatisch und maligen degenerieren. — (Thèse de Paris G. Steinheil, 1903.) Königstein.

Sarkom der Gebärmutter. Von van Buren Knott.

Vf. stellt in seiner Arbeit die in den letzten zehn Jahren publizierten Fälle,

Digitized by Google

welche 118 betragen, zusammen und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Durchschnittszahl des Alters der Erkrankten betrug 37, schwankte aber zwischen 7 Monaten bis 67 Jahren. Der Ausgangspunkt der Erkrankung war in 40 Fällen das Parenchym selbst, in 33 die Mukosa, in 29 die Zervix, in 10 Fällen die Chorionzotten. Mithin prävaliert das Muskelgewebe und weist Vf. bei dieser Gelegenheit auf das häufige Vorkommen der Metamorphosen von Fibromyomen in Sarkome hin. Ein Umstand, der besonders dann stets im Auge behalten werden muß, wenn vorhandene Fibromyome plötzlich stark zu wachsen beginnen. Weiters ist zu beachten, daß eine Verwechslung von im Zervix sich entwickelnden Sarkomen mit Polypen leicht möglich ist, weshalb die mikroskopische Untersuchung solcher Polypen niemals unterlassen werden soll. Eine ganz besondere Beachtung muß dem Sarcoma deciduocellulare wegen seiner Bösartigkeit zugewendet werden. Wenn nach einem Abortus Molenschwangerschaft oder nach einer Entbindung Vergrößerung des Uterus und Blutungen trotz Curettage anhalten, muß an die Möglichkeit eines sich entwickelnden Deziduosarkoms gedacht werden. Blutungen und Schmerz sind die häufigsten Symptome. Erst in den späteren Stadien der Erkrankung tritt Kachexie ein. Vergrößerung des Uterus ist immer vorhanden. Gefürchtet sind die Metastasen in der Lunge, die am häufigsten beim Deziduosarkom vorkommen, doch findet sie sich auch fünfmal unter der Schleimhaut und einmal unter den Zervixsarkomen aufgezählt. Ein einzigesmal ist Metastase im Gehirn erwähnt, bei einem Melanosarkom des Fundus und Zervix wurde Metastase in den Lungen und auf einer Semilunarklappe konstatiert. Bei einem großen Rundzellensarkom der Schleimhaut wurden Metastasen in der Lunge, Haut und Brust, bei einem Schleimhautsarkom in einem Ovarium und im Netze gefunden. Perforation der Uteruswand wird zweimal verzeichnet. In dem einen Falle trat eine Peritonitis auf, die letal endete, in dem anderen Falle bildete sich ein abgesackter Eiterherd, der die Bauchwand durchbrach und sich so nach außen entleerte. Ein Uebergreifen auf die Vagina wurde je einmal bei einem Schleimhaut- und einem Zervixkarzinom beobachtet, in zwei Fällen griff das Sarkom auf Mastdarm und Harnblase über. Die Prognose der Erkrankung ist bei weitem ungünstiger als beim Karzinom. Bei 86 von den 118 Fällen wurde hysterektomiert. In 55 Fällen trat im Verlauf von fünf Wochen bis zu zwei Jahren Rezidive auf, bei den restlichen 31 Fällen läßt sich über eine definitive Heilung nichts sagen, weil die Fälle sich der weiteren Beobachtung entzogen. Nichtsdestoweniger bleibt trotz dieser traurigen Heilerfolge die frühzeitige und vollständige Exstirpation der Gebärmutter samt den Anhängen das einzige therapeutische Vorgehen, von dem ein Erfolg zu erwarten ist. — (Annals of surgery, 1903.)

Königstein.

l) Nervensystem.

Ueber kontinuierliche rhythmische Krämpfe der Schlingmuskulatur. Von Dr. H. Klien. (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Prof. Flechsigs.)

Zwei Fälle von Krämpfen der gesamten beim Schlingakt innervierten Muskulatur. Im ersten traten nach mehrfachen Krampfanfällen, welche die linke Körperseite beteiligten, blitzartige Zuckungen (130 bis 160 in der Minute) im linken weichen Gaumen, linken Styloglossus, der linken Mundboden- und Kehlkopfhälfte auf, daneben bestand Parese des linken weichen Gaumens und der linken Extremitäten neben höchst labiler Gemütsstimmung und läppischem Wesen. Im zweiten Falle traten nach einem apoplektischen Anfalle mit rechtsseitiger Lähmung ebensolche, aber doppelseitige Zuckungen der gesamten Schlingmuskulatur, der Interkostalmuskeln und der vom rechten unteren Fazialis versorgten Muskeln auf. Sprache wie im ersten Falle näselnd, ferner gleichfalls Neigung zu unmotiviertem krampfhaften Lachen und Weinen. Hier handelt es sich nach Vf. um eine Herderkrankung in der Höhe der X. und XII. Kreuzung der Oblongata, im ersten Falle, der schwieriger zu deuten

Digitized by Google

ist, um eine zentrale Erkrankung, wahrscheinlich an der gleichen Stelle. Bei neuropathischen Individuen kommen ähnliche Krämpfe bei Ohren-, Nasen- und Rachenerkrankungen auf reflektorischem Wege zustande, ferner gibt es Fälle von solchen Krämpfen bei Erkrankungen der hinteren Schädelgrube und Beteiligung des verlängerten Markes. Zu dem ersten Falle liegt noch kein Analogon vor. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17 u. 18, 1904.) Rosenthal.

Zur Kenntnis der multiplen Sklerose des Hirns und Rückenmarkes. Von Dr. C. Lotsch. (Medizinische Klinik Prof. v. Jaksch.)

Die multiple Sklerose kann unter dem Bilde der Ophtalmoplegie, der amyotrophischen Lateralsklerose, der Hysterie verlaufen. In einem Falle des Autors traten nach einem Trauma Lähmungen, Hemianästhesie und halbseitige Krämpfe auf, die sich rasch besserten, ein halbes Jahr später hatte sich die multiple Sklerose deutlich herausgebildet. Ein zweiter Fall präsentierte sich ebenfalls zunächst als funktionelle Neurose, erst später kam es zur Entwicklung des zerebrospinalen Typus der multiplen Sklerose mit dysarthrischer Sprachstörung, multipler Hirnnervenlähmung und spastischen Paresen der unteren Extremitäten. Bei der Sektion fanden sich die ältesten Herde in den Hinterhörnern, also an klinisch indifferenten Lokalitäten, woraus sich das späte Hervortreten der typischen Erscheinungen erklärt. Im dritten Falle bestand das Bild der Myelitis transversa mit schlaffer Paraplegie der unteren Extremitäten, Anästhesie vom ersten Lendenwirbel nach abwärts, erloschenen Reflexen, Blasenlähmung, Decubitus; Hirnnerven und obere Extremitäten waren vollständig frei. Bei der Sektion fand sich statt der erwarteten Myelitis Sklerose, hauptsächlich der Hinter- und Seitenstränge. Es gibt Fälle larvierter multipler Sklerose unter dem Bilde der Neurose oder andersartiger organischer Leiden, bei denen in vivo die Diagnose nicht gestellt werden kann. — (Prag. med. Wochenschr. Nr. 12 u. 13, 1904.) Rosenthal.

Beitrag zur Diagnose der Arteriosklerose des Zentralnervensystems. Von Prof. J. Hnátek, II. medizinische Klinik, Prag.

Es gibt einen Gehirntypus der Arteriosklerose (Windscheid), wobei die peripheren Gefäße intakt sein können. Kopfschmerz, Schwindel, Gedächtnisschwäche, Beeinträchtigung der Schöpferkraft, des Erfindungsgeistes sind dafür charakteristisch, besonders wenn Neurasthenie und andere organische Affektionen auszuschließen sind. Der Augenspiegel zeigt bisweilen die Verkalkung der Netzhautarterien, Erweiterung und Schlängelung, Arterienpuls. Um die Schwierigkeit der Diagnose in manchen Fällen zu beleuchten, teilt Vf. zwei Krankengeschichten mit, bei welchen die Diagnose auf Tumor cerebri, respektive bulbäre Myelitis gestellt wurde, der Sektionsbefund hingegen nur allgemeine Gehirnarteriosklerose ergab. Im ersten Falle befanden sich daneben noch zahlreiche kleine Zysten im Gehirn. Bei Fettleibigen finden sich häufig zerebrale Symptome, Kopfschmerz, Kongestionen, Augenflimmern, welche auf Rechnung der begleitenden Arteriosklerose zu setzen sind. In diesen Fällen ist die Jodtherapie am Platze. Bei Verkalkung der Basalgefäße kommt es häufig zur Aneurysmenbildung, deren Ruptur zu plötzlichem Tode führen kann. v. Hoffmann hat 20 solche Fälle gesammelt. Die Aetiologie und Pathologie der zerebralen Gefäßverkalkung ist noch wenig geklärt. Alkohol, Lues, Gicht sind ursächlich in erster Reihe. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 13—16, 1904.) Rosenthal.

Nervosität und Schwachsinn beim Kinde in ihren Beziehungen. Von Dr. Feer.

Nervöse Erscheinungen und Aeußerungen schwachen Geistes finden sich oft beisammen, und es liegt deshalb die Frage nahe. Schwache Begabung bei redlichem nach der gegenseitigen Beziehung beider Willen oder falscher Erziehung führt leicht zur Nervosität durch Ueberanstrengung oder Ueberarbeitung. Schwacher und beschränkter Geist leistet hypochondrischen Vorstellungen, wie sie in uns allen gehemmt liegen, geringen oder gar

Digitized by Google

keinen Widerstand. Diese Art der Beziehung findet sich mehr bei Erwachsenen als bei Kindern, vor allem aber im höheren Alter. Nervosität, besonders wenn sie sich in der Form pathologischer Schüchternheit äußert, kann Dummheit und Schwachsinn vortäuschen. Nervosität und Schwachsinn gedeihen nebeneinander, zwei Triebe aus einem Stamm, auf dem gemeinsamen Boden der erblich-degenerativen neuropsychopathischen Konstitution. Diese enge Verbindung zwischen Nervosität und Schwachsinn erfordert demzufolge bei der Beurteilung und Behandlung des schwachsinnigen Kindes mehr Rücksicht. Das läßt sich aber nur erreichen, wenn mit den Hilfsschulen Internate verbunden werden, in denen schwachsinnige Kinder der ärmeren Klassen mit nervösen Symptomen einer zeitweiligen zweckentsprechenden Behandlung unterworfen werden. — (I. internat. Kongreß f. Schulhygiene in Nürnberg; nach: Jahrb. f. Kinderheilk.) Nrth.

m) Haut.

Ueber hyperkeratotische Exantheme bei schweren, gonorrhoischen Infektionen. Von G. Baermann.

Die Beobachtung solcher Hyperkeratosen zählt zu den seltenen Erscheinungen. Sie zeigen sich nur im Anschluß an schwere, mit Metastasen in den Gelenken und unter lang andauerndem Fieber verlaufenden Fällen, was alles zu einer mindest temporären schweren Schädigung des Allgemeinbefindens, der Ernährung, ja zur Kachexie führen kann. Auf dem so vorbereiteten Boden kommt es in der Regel in ganz kurzer Zeit zur Ausbildung schwerer Veränderungen der Haut in großer Ausdehnung. Diese Veränderungen lassen sich nach dem Autor am besten in zwei Hauptgruppen scheiden, die aber auch häufig kombiniert angetroffen werden: eine disseminierte, über den ganzen Körper ausgebreitete und eine sich hauptsächlich auf Hände und Füße beschränkende Form. Bei der ersten finden sich hirsekorn- bis markstückgroße Effloreszenzen an der Körperhaut zerstreut, in der Regel auf reaktionsloser Basis aufsitzend; die Effloreszenzen stellen im allgemeinen der Psoriasis ähnliche, aber fettige Schuppenherde dar, die aber in vielen Fällen zu konus- oder austerschalenähnlichen Gebilden heranwachsen können, wie gefirnißt aussehen und mit der Unterlage fest verlötet sind; bei Ablösung von der letzteren zeigt sich die Basis trocken oder wenig feucht, rot und papillär gewuchert. Mund- und Nasenschleimhaut bleiben meist frei; an der Glans penis kommt es häufig zu einer zirzinären Balanitis. Die mehr lokalisierte Form erzeugt ganz imponierende Veränderungen an Händen und Füßen. Diffuse Verdickung der Palma und Planta und auf derselben tief zerklüftete, isolierte oder konfluierende, konusartige Prominenzen, so daß gebirgsähnliche Formationen resultieren. Nägel, Nagelfalz und Zehen sind hervorragend befallen, oft verschwimmen Nagel, gewucherter Nagelfalz und Unterlage in einer einzigen Hornmasse, die sich in toto abheben läßt oder von selbst abstößt. Am häufigsten befallen zeigen sich meist jene Extremitäten, bei welchen die bestehende Gelenkserkrankung zu starker Muskelatrophie geführt hat, so daß hierauf unter Umständen eine ausgeprägte Halbseitigkeit der Affektion zurückzuführen ist. Gonokokken wurden in den Effloreszenzen nie gefunden, auch in der Urethra ist ein solcher Befund nicht immer zu erheben. Die ganze Affektion ist nicht an die erst auftretende Gonorrhoe gebunden, sondern findet sich in der Mehrzahl bei solchen Individuen, die bereits mehrere gonorrhoische Infektionen durchgemacht haben. Mit der Besserung des Allgemeinzustands, Schwinden des Fiebers, Hebung der Ernährung beginnt auch die Abheilung des Exanthems, selbst ohne besondere, darauf gerichtete therapeutische Maßnahmen. Der Zusammenhang mit der gonorrhoischen Allgemeininfektion scheint dem Autor über alle Zweifel erhaben, über den näheren Zusammenhang läßt sich allerdings noch schwer etwas sagen, doch wird von französischer Seite die Annahme einer Trophoneurose infolge toxischer Einwirkung auf Nervenendigungen oder Ganglienkomplexe propagiert. Differentialdiagnostisch kommen Lues, sowohl sekundäre, als tertiäre Formen und Psoriasis

Digitized by Google

in Betracht, die erstere ist mangels jeder Infiltration, jedes Gewebszerfalles oder Gewebsatrophie auszuschließen, bezüglich der Psoriasis fehlt das Bluten der Basis nach Entfernung der Schuppen, sowie auch jede entzündliche Erscheinung.

An diese allgemeinen Betrachtungen schließt sich die Schilderung zweier an der Klinik Neisser beobachteter, hieher gehöriger Fälle. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., LXIX, 3.) D.

Ueber ein Epithelioma papillare. Von Dr. L. Schwarz.

Ein Beitrag, der die partielle Spontanheilung epithelialer Geschwülste vom histologischen Standpunkte aus zu belegen vermag und sich in dieser Hinsicht an die Untersuchungen Bechers anschließt, der gleich Vf. als Schüler Orths den Nachweis erbrachte, daß Kankroide durch Bindegewebswucherung ersetzt werden können.

Eine 60jährige Patientin leidet seit vielen Jahren an Atheromen der Kopfhaut. Drei Monate vor der Untersuchung trat am Hinterkopf eine seither rasch wachsende Geschwulst auf. Aeußere Insulte sollen die Entstehung des Tumors nicht gefördert haben.

Befund: Auf dem fast haarlosen, mit Krusten und Borken bedeckten Kopfe befanden sich ungefähr 20 Atherome von Erbsen- bis Taubeneigröße. Ueber der Protuberantia occipit. ext. ein faustgroßes, blumenkohlartiges, gestieltes Karzinom. Die regionären Lymphdrüsen nicht geschwollen. Exstirpation der Geschwulst. Transplantation. Ausschälung der Balggeschwülste.

Die Mikroskopie ergab den epithelialen Charakter des Tumors mit Beteiligung aller Schichten der Oberhaut. Zwiebelschalenförmig, zu Hornperlen angeordnete Epithelien geben im Verein mit pseudoalveolar gruppierten Formen, die durch Bindegewebe getrennt sind, dem Tumor das Aussehen eines Kankroides. Reichliche Verhornung, scharfe Abgrenzung, sowie der Mangel an elastischen Fasern ergaben indes die Charaktere des Oberflächenepithelioms.

Die marginale papillomatöse Anordnung des epithelialen Gewebes klassifiziert die Neubildung in der Reihe der papillären Epitheliome. Die Geschwulst war aus einem Atherom hervorgegangen.

Aehnliche Vorkommnisse sind zu wiederholtenmalen verfolgt und beschrieben worden. Interessant ist der Befund von Riesenzellen (bis zu 40 Kerne), die als Fremdkörperriesenzellen aufzufassen sind und durch Einlagerung von Hornschüppchen, Kalksalzen und ihre topographische Beziehung zum kollagenen Lager ihre epitheliale resp. bindegewebige Provenienz bekunden. Granulationsgewebe und wohlausgebildetes Bindegewebe deuteten auf einem im vollen Zuge befindlichen Reparationsvorgang hin. — (Virchows Arch., Bd. 175, 1904.) N.

Ueber die sogenannte menschliche Botryomykose. Von Dr. J. Frédéric.

Das klinische Bild der unter dem Namen der menschlichen Botryomykose bekannten Krankheit ist charakteristisch. Es handelt sich um erbsengroße bis nußgroße, pilzartig prominente, rote, gestielte, auf der Oberfläche etwas erodierte, weiche Geschwülste. Sie sind gutartig, rezidivieren nicht, infiltrieren die Lymphdrüsen nicht. Sie sitzen am häufigsten an den Fingern, an der Stirne, Lippe, Wange. Die Ansatzstelle ist von einem Walle von verdickter Epidermis umgeben. Die Geschwülste entstehen häufig im Anschluß an geringgradige Verletzungen und bluten leicht.

Diese Geschwülste wurden von einigen Autoren für identisch mit der tierischen Botryomykose gehalten, weil in einzelnen Fällen, ein dem Botryokokkus, dem Erreger der tierischen Botryomykose, ähnlicher Kokkus gefunden wurde.

Vf., der einige hiehergehörige Fälle mikroskopisch und bakteriologisch untersucht hat, läugnet diesen Zusammenhang mit der tierischen Botryomykose. Er fand nie den Botryokokkus, sondern nur die gewöhnlichen Eitererreger; auch wurde nie eine direkte Uebertragung vom Tier beobachtet und die Patienten haben nur in den seltensten Fällen mit Tieren etwas zu schaffen.

Digitized by Google

Die Therapie der benignen Geschwulst besteht in Exzision der ganzen Geschwulst samt dem Stiele, womöglich mit einem Teile der umgebenden Haut. Aetzungen und Lapis sind nicht angezeigt und können sogar eine Vergrößerung der Geschwulst herbeiführen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15 und 16, 1904.) E.

Ueber einen Fall von Seborrhoea nigricans. Von Dr. A. V. Harlingen.

Ein 20jähriges neurotisch belastetes Mädchen, das viele Jahre hindurch ans Bett gefesselt war, zeigte das ganze Gesicht von schwarzbraunen, festhaftenden, fettigen Borkenmassen eingenommen, welche in Form allmählicher Auflagerungen insbesondere die Stirne, den Nasenrücken, Lippen und Wangen einnahmen.

Diese Eruption soll in mehrwöchentlichen Intervallen immer wieder zum Vorschein gekommen sein, um nach einigem Bestande zur Loslösung zu gelangen. Das Gesicht machte den Eindruck, als wäre ihm eine schwarze Maske vorgesetzt (Abbildung).

Der Allgemeinzustand war der Norm entsprechend, nur ließen sich vielfach hysterische Stigmata eruieren. Mit Schmierseifenwaschungen, Oelumschlägen und Salbenauflagen waren die panzerähnlichen Fettschalen leicht abzuheben, ohne Defekte des Integuments zu hinterlassen. Extreme Vernachlässigung scheint hier wohl den aufklärenden Schlüssel zur selten beobachteten Modifikation des Krankheitsbildes abzugeben. — (The Americ. Journ. of the Med. Sciences, Februar 1904.) N.

n) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Ueber gonorrhoische Endokarditis bei einer im Wochenbett verstorbenen Frau. Von Dabney.

Vf. berichtet über eine ledige I. para, bei der im Wochenbett endokarditische Erscheinungen auftraten und die schließlich zugrunde ging. Bei der vorgenommenen Autopsie fanden sich auf allen Herzklappen Auflagerungen, die einer entsprechenden bakteriologischen Untersuchung unterzogen wurden, wobei Gonokokken zweifellos nachgewiesen wurden. Dieselben fanden sich auch in der Herzbeutelflüssigkeit und konnten in Reinkulturen gezogen werden. Dagegen konnten in einem vorhandenen Milzinfarkt keine Gonokokken gefunden werden. Jedoch wurden nebst den Gonokokken Bacterium coli commun. und Streptococcus pyogenes vorgefunden. Vf. bringt noch zwei weitere Fälle zur Sprache, die in klinischer Beziehung ähnlich verliefen und wo infolge von Endokarditis der Tod eintrat. Es fanden sich wohl auch den Gonokokken ähnliche Mikroorganismen, doch mißlang der Versuch der Züchtung derselben. Auch war der Nachweis einer frisch überstandenen Gonorrhöe nicht zu führen. — (Bull. of the Johns Hopkins Hospital, 1903.) Königstein.

Ueber Aetiologie und Pathogenese der Purpura. Von Dr. B. de Benedetti.

17 Fälle der Affektion, welche an Concettis Klinik 1894—1903 zur Beobachtung kamen, bilden das Substrat dieser Studie, in welcher nebst vielen klinischen Anhaltspunkten auch Experimentalergebnisse für die toxiko-infektiöse Provenienz des Leidens beigebracht werden. Die in einem der Fälle streng durchgeführte bakteriologische Exploration förderte eine dem Bacterium coli nahestehende Keimart in Reinkultur zutage, die nicht nur in den Fäzes und dem Harne anzutreffen war, sondern sich gleichzeitig auch aus den Petechien (Methode Neufeld) konstant züchten ließ.

Trotz Anerkennung der ätiologischen Bedeutung dieser Mikrobenart, möchte Vf. das Zustandekommen der Hämorrhagien nicht ihrem unmittelbaren Einflusse zuschreiben, wenn auch die Flecke den häufigen Fundort der Keime abgeben. Die Extravasate bilden eben eine gute Haftstätte der eingewanderten Bazillen, die hier dann der weiteren Vermehrung fähig werden. Die spezifische Natur der Krankheitserreger für den speziellen Fall war außerdem noch aus der agglutinierenden

Digitized by Google

Einwirkung des Serums des Kranken auf dieselben zu entnehmen. Als Brutstätte des Virus glaubt Vf. den Intestinaltrakt ansprechen zu können, umso eher, als eine chronische Konstipation den erforderlichen Läsionszustand der Darmwand vorzubereiten geeignet war. Auch in den sonstigen Beobachtungen ist Darmprozessen eine gewisse disponierende Bedeutung beizumessen.

Vf. möchte das Bact. coli, resp. dessen Toxine für einen Teil der Wahrnehmungen als ursächlichen Faktor ansprechen und befürwortet die eingehendere Prüfung nach der Richtung hin. Für die Pathogenese käme die durch Toxine bedingte Gefäßwandalteration in erster Linie in Frage, für welche das kindliche Alter von vorneherein die besten Angriffspunkte bietet. — (Arch. d. Med. des enfants Nr. 4, 1904.) N.

Ueber die Rhodanausscheidung im Speichel Syphilitischer. Von Max Joseph.

Wenn auch über die Genese des Rhodanradikals im Organismus derzeit bloße Hypothesen bestehen, so scheint es anderseits doch sicher, daß sein Vorkommen daselbst kein zufälliges ist und daß ein vermindertes Vorhandensein oder gar das vollständige Fehlen gewöhnlich nach irgend einer Richtung eine Störung des Gesamtstoffwechsels anzudeuten scheint. Dafür sprechen auch die Untersuchungen Edingers und Treupels, nach welchen es sowohl bei Tieren, als auch bei Menschen die Azidität des Harnes herabsetzt.

Die Untersuchungen Max Josephs, beziehungsweise des auf seine Veranlassung sich mit diesem Thema beschäftigenden Herrn Drs. Fr. Metzner hatten es nun insbesondere darauf abgesehen, ob bei Syphilitikern der Rhodangehalt des Speichels ein völlig normaler wäre oder nicht. M. teilt die von ihm untersuchten Patienten in zwei große Gruppen, in Raucher und Nichtraucher, weil das Rauchen erfahrungsgemäß die Rhodanausscheidung fördert. Weiter erwies es sich auch als notwendig, Kranke, bei denen eventuell früher einmal infolge von Mittelohrleiden eine Operation ausgeführt worden war (wegen möglicher Verletzung des nervösen sekretorischen Paukengeflechtes) und ebenso Patienten mit ausgesprochener Salivation auszuscheiden. Bei Berücksichtigung all dieser Umstände kommt M. zu dem Schlusse, daß die Syphilis auf die Rhodanausscheidung im Speichel keinen Einfluß übe. M. Joseph kann diesen Schluß nicht gelten lassen. Der Durchschnittswert der Rhodanreaktion, den M. erhält, stelle einen viel niedrigeren Wert dar als die normale kolorimetrische Reaktion, so daß seiner Anschauung nach die Syphilis stets die Reaktion des Rhodans im Speichel herabsetze, ja teilweise ganz aufhebe. — (Arch. für Dermat. u. Syph., LXX., 1.) D.

Neue Arzneimittel und Rezeptformeln.

Ein neues, durch Autolyse der Milz gewonnenes Blutstillungsmittel (Stagnin). Von Dr. Theodor Landau.

Landau glaubt die Tatsache, daß, bei bei Autopsien an Karzinom Verstorbener, selbst wenn fast alle parenchymatösen Organe mit Krebsknoten wie übersäet sind, die Milz gewöhnlich von jeder Metastase frei bleibt, durch eine spezifische Funktion der Milzzellen mit einem gewissermaßen deletären Einfluß auf das Wachstum des Krebses, erklären zu können. Auf Grund dieser Erwägung versuchte er durch Preßsäfte und Extrakte aus diesem Organ auf Krebskranke einzuwirken, bis jetzt ohne Erfolg. Diese Stoffe sind außerordentlich eisenreiche Eiweißsubstanzen, die an Konzentration und Wirkung alle andern künstlich hergestellten Eiweißpräparate bei weitem übertreffen. Tierexperimente ergaben ihre absolute Ungefährlichkeit. Versuche bei Anämischen ergaben günstige Resultate; bei Gelegenheit derselben zeigte sich eine weitere, sehr überraschende Wirkung. In einem Falle handelte es sich um eine Person von 21 Jahren, welche durch vorausgegangene profuse Menorrhagien außer-

Digitized by Google

ordentlich anämisch geworden war und bei welcher alle internen und gynäkologischen Maßnahmen erfolglos geblieben waren; sie reagierte prompt auf Injektionen von Milzextrakt insofern, als die sonst nicht zu beeinflußenden Blutungen rasch nach zwei Tagen zum Stehen kamen. Diese Beobachtung bestimmte Landau, weitere Versuche bei Menorrhagien und Metrorhagien zu machen und er konnte so viele Erfolge konstatieren, daß er sie nicht als Zufallsbefunde deutet; das Präparat, welches unter dem Namen Stagnin von dem Apotheker Dr. M. Freund, Concordia-Apotheke Berlin, hergestellt und vertrieben wird, wirkt vielmehr durch Beeinflussung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes, wesentlich bei kapillären Blutungen und kann, da es den Blutdruck i. e. die Arterienwände nicht beeinflußt, weniger bei arteriellen Blutungen in Kraft treten; weitere Versuche bei Hämoptysen, Ulcus ventriculi, Darmblutungen, Bluterkrankungen müssen zur Prüfung seines Wertes folgen. In dem Stagnin ist der erste Versuch gemacht, ein auf dem Wege der antiseptischen Autolyse (Salkonski) gewonnenes Organprodukt praktisch für die Therapie des Menschen einzuführen. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 22, 1904.) F. L.

Hydrargyrum kakodylicum verwandte G. Giuffo bei Syphilis in 2·5-, zuweilen sogar 5%iger Lösung zu subkutanen Injektionen, indem er den Patienten 15 bis 30 Tage lang eine Pravaz'sche Spritze voll verabreichte. Ein Quecksilberkakodylat von der Zusammensetzung

$$As-O-ON_2HG^3 \quad (CH_3)_2$$

beschrieben L. Jullien und F. Berlioz als ein grauweißes, in Wasser sehr leicht lösliches Pulver, mit einem Gehalte von 56% Quecksilber. Die beiden Autoren verwenden dieses Präparat bei Syphilis in Form von Injektionen von 0·01—0·02 g pro dosi.

Hydrargyrum jodo-kakodylicum. Jodquecksilberkakodylat ist eine wasserhelle Flüssigkeit, die nach Angabe G. Löwenbachs in folgender Weise bereitet wird: Man erwärmt Quecksilberoxyd mit einem Ueberschuß von Kakodylsäure und löst von dem auf diese Weise resultierenden, weißen, kristallinischen Quecksilberkakodylat 1 g in 2 g Kakodylsäure und 75 g destilliertem Wasser. Diese Lösung mischt man mit 1 g Natriumjodid, gelöst in 5 g Wasser, neutralisiert mit Natronlauge, ergänzt die Mischung auf 100 cm³ und filtriert sie. Das so erhaltene Jodquecksilberkakodylat ist wochenlang haltbar und läßt sich bei 100—120° C. sterilisieren. 1 cm³ des Präparats enthält 4·7 mg Quecksilberjodid, 4·7 mg Natriumjodid und 3 cg Natriumkakodylat. Das Präparat wurde zu intramuskulären Injektionen in die Glutealgegend verwandt, und zwar in Dosen von 1 cm³.

Pollantin. Das Serum gegen Heufieber wird nach einem amerikanischen Patent dargestellt, indem man Pollenkörner von Pflanzen (Gramineen) in das Blut von Tieren einführt. Dieses Antitoxin hat die charakteristische Eigenschaft, Versuchstiere gegen die Ansteckung mit Heufieber immun zu machen und sie zu heilen, sobald sie künstlich mit Heufieber infiziert sind. Es enthält ein Gegengift gegen das Heufiebergift. — (Pharm. Post, 1904.)

Bei Hyperidrosis:

1. Rp. Lith. agaricin. 0·1
Bism. agaricin. 0·25
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X.
D. S. Abends um 8 und 9 Uhr ein Pulver zu nehmen.

2. Rp. Hb. achill. millefol.
Cort. querc.
Hb. salv. offic. } āā 25·0
M. f. spec. D. S. Zwei Kaffeelöffel voll auf eine Tasse Tee zu nehmen; abends 6 Uhr und nachts 10 Uhr eine Tasse Tee kalt zu trinken.

3. Rp. Extr. fluid. hydr. canad.
Extr. fluid. aesc. hippocast. } āā 15·0
Codein. mur. 0·2
D. S. Abends dreimal je 20 Tropfen auf Staubzucker, in Oblaten gehüllt, zu nehmen.

4. Rp. Methylatropin. bromat. 0·003
Aq. laurocerasi 10·0
D. S. Abends 25 Tropfen in einer Tasse kalten Salbeitees zu nehmen.

Digitized by Google

5. Rp. Pikrotoxini 0·01
Spir. vin. 10·0

D. S. Abends 15 Tropfen in Eichenrindenabkochung zu nehmen.

6. Rp. Methyl. salicyl. 25·0
Bals. peruv. 15.0

D. S. Zum Einpinseln des Stammes.

7. Rp. Mesotani 15·0

D. S. Abends 10 Tropfen auf den Stamm einzureiben.

8. Rp. Formalini, Tinct. Eucalypt. āā 25·0

D. S. Zum Einpinseln der Hände.

9. Rp. Lithargyri 10·0
Aceti 30·0
Evapora ad 20·0
Ol. olivar., Axung. benzoat, Ammon. sulfoichthyol. āā 10·0

M. f. ungt. D. S. Auf die vorher mit Kampferspiritus abgeriebenen Füße aufzulegen.

Bücher-Anzeigen.*)

Therapeutisches Jahrbuch. Von Dr. Nitzelnadel. XIV. Jahrgang. Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1904.

Der praktische Arzt, der nicht in der Lage ist, der literarischen Ueberproduktion unserer Zeit zu folgen wird mit großem Nutzen das therapeutische Jahrbuch, das bereits in den XIV. Jahrgang tritt, lesen und gerne dasselbe als Nachschlagewerk benützen. Dasselbe enthält kurze diagnostische, therapeutische und pharmakologische Angaben, die der deutschen medizinischen Journal-Literatur des Jahres 1903 entnommen sind. Laub.

Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen. Von Prof. Dr. Hermann Schlesinger. I. und II. Teil. Gustav Fischer, Jena.

Die fortschreitende Entwicklung der modernen Chirurgie mit ihrer kolossal ausgebildeten Technik hat den Operateur immer kühner gemacht, und das Expansionsbestreben desselben, früher ausschließlich dem Internisten zugewiesene Krankheitsgebiete in seine Domäne zu bringen, darf uns füglich nicht Wunder nehmen. Man denke, um nur ein Beispiel anzuführen, an die Chirurgie der Nieren! Wer hätte bis vor wenigen Jahren gedacht, daß es versucht werden würde, die chronischen Entzündungen derselben — ein gewiß internes Gebiet — mit dem Messer zu heilen? Hat ja auch Gussenbauer gelegentlich einer Diskussion in der Gesellschaft der Aerzte in Wien seiner Ueberzeugung dahin Ausdruck gegeben, daß die Meningitis eigentlich eine eminent chirurgische Krankheit sei!

Es ist daher nur mit Freude zu begrüßen, daß ein Internist vom Range des Vf., des rühmlichst bekannten Herausgebers des Zentralblattes für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, es unternommen hat, die Indikationen für die operativen Eingriffe bei inneren Erkrankungen zu besprechen. Bei der großen Erfahrung des Vf. speziell auf diesem Gebiete, ist es wohl selbstverständlich, daß das Werk, von dem die ersten zwei Bände bereits erschienen sind, keine bloße Kompilation ist; es tritt uns im Gegenteil nahezu in jedem Kapitel das große Wissen und die reiche persönliche Erfahrung des Vf. entgegen. Indem den einzelnen Kapiteln kurze Bemerkungen über Aetiologie, pathologische Anatomie, Klinik, Diagnose und Differentialdiagnose hinzugefügt werden, ermöglicht das Buch dem Praktiker nicht bloß eine rasche Orientierung, sondern auch ein selbständiges Urteil über die Notwendigkeit eines operativen Eingriffes.

Das Buch, das für den Praktiker bestimmt ist, füllt eine Lücke in der medizinischen Literatur aus, und Ref. ist der Ueberzeugung, daß es bald in keiner Bibliothek eines praktischen Arztes fehlen wird. Laub.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Etwas vom Argentum oxydatum.

Von Dr. **Kappesser** in Darmstadt.

Jeder beobachtende Arzt kann wertvolle Aufschlüsse mitteilen, welche, wenn sie nicht gesammelt werden, für die Wissenschaft und das Leben auf immer verloren gehen. Sir J. Eyre.

Es sind bald 50 Jahre her, daß meine Aufmerksamkeit zuerst auf obiges Mittel gelenkt wurde, durch ein kleines, aus dem Englischen übertragenes Werkchen, betitelt: „Sir James Eyre: Die Heilbarkeit von Magenkrankheiten durch das Silberoxyd oder die merkwürdige Heilkraft dieses Präparats bei Indigestion, Dyspepsie, Magenkrampf, Gastralgien etc. Deutsch von Mannrath.“ — Da die deutsche Herausgabe des Werkchens anscheinend mehr für das Laien- als das ärztliche Publikum berechnet war, so erklärt sich wohl daraus, daß es bei letzterem wenig Beachtung fand und bald wieder in Vergessenheit geriet, zumal das Mittel auch bis heute noch keine Aufnahme in dem Arzneibuch des Deutschen Reiches gefunden hat und seiner in den betreffenden Lehrbüchern höchstens als eines obsoleten Mittels Erwähnung getan wird, das wohl einmal bei Syphilis etc. versucht worden sei. Es waren zwei Behauptungen in dem Werkchen enthalten, welche mir im Gedächtnis geblieben sind: Erstens, daß der Verfasser, obgleich zu der Zeit schon 80 Jahre alt, sich noch geistig wie körperlich frisch fühle, weil er sich sein Leben lang zur Regel gemacht, nicht zu viel zu essen und nichts Schlechtes zu trinken (!), sodann aber, daß nicht das seither dafür angesehene Argentum nitricum, sondern das Argentum oxydatum das wahre Heilmittel gegen Ulcus rotundum und perforans ventriculi sei.

Ich hatte bald nachher die Gelegenheit, die Probe darauf zu machen, als bei zufälliger Anwesenheit meine Hilfe bei einer Weißzeugnäherin in Anspruch genommen wurde, welche, angeblich schon lange an „Magenkrämpfen“ leidend, von einem so hartnäckigen Erbrechen befallen worden war, daß nichts, auch nicht ein Schluck Wasser, bei ihr blieb und sie so geradezu um ihr Leben fürchtete. Ich ließ mir also das obige Mittel nach chemischen Regeln herstellen und gab es der Kranken in derselben Dosis und Form, wie ich es seither mit dem Höllenstein gehalten, nämlich in Pillen zu $^1/_4$ g mit Bolus alba und Wasser hergestellt. Die Wirkung war überraschend; nicht nur das Erbrechen hörte alsbald auf, sondern auch die seither bestandene Verstopfung und die Magenbeschwerden ließen nach und bei einfacher Milchdiät genas die Kranke bald vollständig. Ich habe dann in einer langen Reihe von Jahren das Mittel in einer großen Zahl von ähnlichen Fällen und sehr häufig mit ähnlich erfreulichem Erfolge versucht. Die allen gemeinsamen Symptome waren mehr weniger heftiger Schmerz in der Magengrube und meist auch in entsprechender Höhe im Rücken, bald nach der Nahrungsaufnahme sich einstellend, Sauerbrennen, Wassererbrechen (Herzwasser), meist auch verbunden mit teilweisem oder gänzlichem Auswerfen der Nahrung, dabei in der Regel hartnäckige Verstopfung, nur selten zeitweise mit Diarrhöe abwechselnd. Dabei konnte stets durch Fingerdruck eine bestimmte schmerzhafte Stelle in der Magengrube, häufig auch an entsprechender Stelle neben der Wirbelsäule nachgewiesen werden.

Meine dienstliche Stellung brachte es mit sich, daß mir wenig Gelegenheit geboten war, Familienpraxis zu üben, und so beschränkt sich meine Beobachtung nur auf ambulatorische Fälle, und wenn ich dabei in der Regel zum günstigen Ziele ge-

Digitized by Google

langt bin, so will ich nicht behaupten, daß es nicht auch Fälle gibt, welche nach Leubès und Anderer Vorgang der Anwendung schwersten Geschützes, wie sie in München, Heidelberg, Hamburg u. a. für notwendig erklärt wird, unerläßlich machen. Es gehört immerhin schon einiger Mut dazu, einen durch Schmerz und geistige Verstimmung, ungenügende Ernährung und vielleicht schon lang dauernden heimlichen Blutverlust erschöpften Kranken etwa einer heroisch absoluten Hungerkur zu unterziehen und dabei noch die kranke Magenschleimhaut sozusagen mittels Streusandbüchse mit Haufen von Wißmut oder, wenn der Krankenkassenrechner über die Unkosten murrt, mit Magnesia u. a. zu bestäuben, in der Hoffnung, daß auch etwas davon auf die kranke Stelle sich ablagert — oder gar mittels Magensonde die vielleicht spinnwebdünne letzte Schutzwand im Geschwürgrund der Gefahr des Berstens auszusetzen. Daß meine günstigen Erfolge auch dem Laien imponierten, darf ich daraus schließen, daß selbst von weither ein Leidensgenosse den andern mir zuwies. Ich erinnere mich des Falles eines Gutspächters aus dem Nassauischen, der sich gerne etwas gönnte, „weil er es dazu hatte", und der sich so sehr darauf verließ, daß ihm meine Mittel immer wieder geholfen, daß als er zuletzt wegen Pyloruskrebs am Sterben lag, er darauf bestand, daß ich zwecklos die weite Reise zu ihm machte. Derselbe hatte eines Tages auf der Durchreise in das Würzburgische mich einmal wieder konsultiert, hatte dann seine Pillen irgendwo stehen lassen und sich dann kurzer Hand in einer dortigen Apotheke neue anfertigen lassen. Nach einigen Tagen kam er wieder mit der Klage, daß ihm nun meine Mittel auch nicht mehr helfen. Nachdem er es aber auf mein Zuraten noch einmal bei einer hiesigen Apotheke versucht hatte, war er wieder zufriedengestellt. Ich vermute, daß man in den auswärtigen Apotheken, einen lapsus calami meinerseits vermutend, das nicht geläufige Mittel durch Argentum nitricum ersetzt hat. Nachdem meine häufigen Verordnungen bei der Revision der hiesigen Apotheken aufgefallen war, wurde in den Sechzigerjahren von der betreffenden hessischen Behörde in einem, der hessischen Arzneitaxe beigegebenen Anhang mit Vorschriften für Anfertigung von Arzneien, welche in der damals geltenden Pharm. borussica nicht enthalten waren, auch eine solche für das Argentum oxydatum beigefügt.

Obgleich mir wohl bewußt ist, daß die Vorsicht wegen leichter Zersetzbarkeit wie bei Argentum nitricum nicht notwendig ist, habe ich aus einer gewissen abergläubischen Gewöhnung die einmal erprobte Formel: Rp.: Arg. oxyd. 0·3 f. e. Bol. alb. et Aq. dest. Pil. Nr. 20. S. Morgens nüchtern und abends vor Schlafengehen ein Stück, bis heute beibehalten. Wegen der meist gleichzeitig bestehenden Anämie habe ich meist Tinct. ferri acet. Rademach. 2—3mal täglich 15—20 Tropfen bald nach der Mahlzeit nehmen lassen. Nach meiner langen Erfahrung ziehe ich dieses ebenso billige wie gut bekömmliche Präparat allen anderen Eisenlösungen vor. Meine Diätvorschriften beschränkten sich auf möglichste Milchdiät, wobei ich den Kranken den Magen eines eben abgewöhnten Kindes als Muster vorhielt. Ich ließ anfangs die Milch in häufigen kleinen Gaben, stets gemischt mit altbackener Semmel, nehmen, um die Bildung großer Gerinnsel zu verhüten. Als Uebergang Hafersuppe, möglichst lang gekocht, und gehe dann gern und früh zur sogenannten hier üblichen Ribelsuppe über, d. h. kleine, aus rohem Ei und Mehl mit der Hand geformte Nudeln in Milch gar gekocht, was immer gerne genommen und gut vertragen wurde. Daß, wie ich kürzlich in einem Bericht aus dem Hamburger allgemeinen Krankenhaus gelesen (der Name des Verfassers ist mir nicht mehr erinnerlich), man dort gerade durch Einführung roher Eier fast ohne Medikation bei Ulc. ventric. günstige Resultate erzielt hat, scheint meine eigenen Wahrnehmungen zu bestätigen. Auch nach erzielter Besserung habe ich meine Patienten stets noch für längere Zeit vor drei Dingen gewarnt, nämlich vor schwerem, saurem Schwarzbrot, vor Kaffee und vor Kartoffel, welche ich höchstens später als Brei erlaubte. Wie ich denn glaube, daß die Hauptveranlassung der Magenleiden, zumal bei der hiesigen länd-

Digitized by Google

lichen Bevölkerung, aus welcher meine Klientel zumeist herstammte, das allzu gesäuerte, oft schlecht ausgebackene Schwarzbrot, schlechtes, namentlich alkoholisches Getränk, verbunden mit einer gerade in einzelnen hiesigen Landdistrikten endemischen vorzeitigen Zahnverderbnis bilden.

Ich hielte es für zwecklos, eine längere Kasuistik hier aufzuführen, zur besseren Anschaulichmachung will ich aber doch zwei ziemlich typische Fälle beifügen, die mir noch in jüngster Zeit, nachdem ich auf ärztliche Tätigkeit schon fast ganz verzichtet habe, vorgekommen sind:

1. Die 21jährige Frau eines Landbriefträgers, welche ihr erstes, halbjähriges Kind selbst nährt, verlangt Untersuchung wegen „Unterleibsleiden", welche sie davon herleitet, daß sie nach einer schweren, aber ohne Kunsthilfe überstandenen Entbindung fast gar kein Blut verloren und auch von Lochialfluß fast nichts bemerkt habe. (!) Insbesondere ist sie beunruhigt wegen bläulicher Streifen und Flecken, welche sie auf ihrer Bauchhaut wahrgenommen. Nachdem ich sie über die Harmlosigkeit dieser Vibices aufgeklärt, schält sich das Krankheitsbild klar heraus: Sie ist Büglerin, hat bald nach dem Verlassen der Schule wiederholt wegen Bleichsucht mediziniert und dann schwer am Magenkrampf gelitten. Nach der Niederkunft hat sie im Interesse des Stillens erst viel Milch, später, wie üblich, fleißig Bier getrunken. Es stellte sich dann wieder, wie früher, bald nach dem Essen Druck und Schmerz in der Magengrube und im Rücken ein, verbunden mit Sodbrennen, zeitweisem Wasserbrechen, mitunter auch mit Speiseresten gemischt. Gleichzeitig bestand hartnäckige Verstopfung, gegen welche sie auf Rat der Hebamme St. Germaintee, Brustpulver (Curetta) und verschiedene Hausmittel ohne dauernden Erfolg gebraucht hat. Fingerdruck in der Magengrube ruft an umschriebener Stelle links von der Mittellinie Schmerz hervor, ebenso zeigt sich auch ein Punkt in entsprechender Höhe links von der Wirbelsäule druckempfindlich. Meine Verordnung war die gewöhnliche, wobei ich namentlich den Ersatz des Bieres durch reichlichen Milchgenuß empfahl unter beruhigender Versicherung, daß der Säugling nicht darunter leiden werde. Nach etwa 10 Tagen stellte sich die Kranke wieder vor: Verstopfung wie Magenbeschwerden waren alsbald gänzlich verschwunden, obgleich die Druckempfindlichkeit in der Magengrube noch fortbestand, ja, die Frau hatte die Pillen, welche sie für ein regelrechtes Abführmittel hielt, seit zwei Tagen ausgesetzt, weil leichter Durchfall, wohl eine Folge allzueifrigen Milchkonsums, sich eingestellt hatte, während ihr Säugling sich fortwährend wohl befand. Patientin versprach, nur wiederzukommen, wenn sie etwas zu klagen hätte. Da solches bis heute nicht wieder geschah, darf ich das wohl zu Gunsten meiner Kur auslegen.

2. Eine im Hause verkehrende Näherin, eine 24jährige, zarte, etwas überarbeitete Brünette, mußte angeblich in letzter Zeit öfter die Arbeit unterbrechen wegen zeitweisen Magenwehs, Schwächegefühls und plötzlich ohnmachtähnlichen Heißhungers. Ohne weiter auf die Krankheit einzugehen, riet ich ihr gelegentlich, es einmal auf die von mir so oft erprobte Art zu versuchen. Bei ihrer nächsten Wiederkehr erklärte sie sich von der Wirkung so befriedigt, daß sie versprach, die Mittel auch weiter zu gebrauchen.

Auch gelang es mir einmal, als bei einer Gravida wegen hartnäckigen Erbrechens schon ein Abort zu befürchten war, durch Argentum oxydatum, das ich übrigens in diesem Falle in Pulverform mit ein wenig Natr. bicarb. morgens vor dem Aufstehen nehmen ließ, ein günstiges Resultat zu erzielen.

Digitized by Google

Die funktionelle Nierendiagnostik.

Von Dr. **Richard Leo Grünfeld** in Wien.

(Fortsetzung und Schluß.)

Der Ureterkatheter setzt uns also in die Lage, das Sekret jeder Niere getrennt untersuchen und vergleichen zu können. Dies ist der Angelpunkt und scheinbar gleichzeitig die Lösung der Frage nach der Arbeitsleistung und Arbeitsteilung der beiden Nieren; scheinbar darum, weil mit der vergleichenden Untersuchung allein noch nichts erreicht ist, wenn wir die erste prinzipielle Frage, ob nämlich normale Nieren gleichzeitig ein gleichartiges Sekret produzieren, nicht unbedingt bejahen können. Casper und Richter, welche diese Frage als „Grundfrage, mit deren Beantwortung die Möglichkeit einer funktionellen Nierendiagnostik steht oder fällt" bezeichnen, sind auf Grund eigener Experimente zu dem Resultat gekommen, daß die Funktion physiologisch arbeitender Nieren rechts wie links gleichmäßig sei und die Konzentration, sowohl was den Gesamtstickstoff- als auch den Kochsalzgehalt und die molekuläre Konzentration anlange, beiderseitig übereinstimme. Auch Friedrich Strauß kam in 55 Untersuchungen zu dem Resultat, daß die Funktion physiologisch arbeitender Nieren zu gleichen Zeiten rechts wie links die gleiche sei; in ein und derselben Niere wechsle jedoch die Funktion in jedem Augenblicke. Die Funktion pathologisch arbeitender Nieren weise gleichzeitig stets analoge Differenzen rechts und links auf und ist ebenfalls in ein und derselben Niere wechselnd, inkonstant. Diese Untersuchungen betreffen molekuläre Konzentration, Chlor-, Harnstoff-, Phosphorsäuregehalt, sowie den durch Phloridzin erzeugten Zuckergehalt. Etwas reservierter drückt sich Fjodorow aus, während Israel auf Grund der von Casper und Richter selbst publizierten Untersuchungsprotokolle eine gleichzeitige und gleichartige Sekretion leugnet. Endlich untersuchte Kapsammer mit Hilfe des doppelläufigen Ureterenzystoskops, Bestimmung von Δ und spezifischem Gewicht, Phloridzin- und Methylenblauprobe die Ausscheidung des Nierenharnes beim Gesunden in 10 Fällen. Außerdem achtete er genau auf das Abfließen von Harn neben dem Ureterkatheter durch Kontrolle der Flüssigkeitsmengen vor und nach den Versuchen und gelangte schließlich zu folgenden Ergebnissen: In 21 Einzelbeobachtungen waren viermal die von den Nieren produzierten Harnmengen beiderseits gleich, 17mal ungleich (Maximaldifferenz in 10 Minuten 6 cm^3) Δ in elf Untersuchungen niemals gleich (Maximaldifferenz 0·33°), das spezifische Gewicht neunmal gleich, achtmal ungleich (Maximaldifferenz 0·003), das Auftreten der Zuckerausscheidung siebenmal gleich, dreimal ungleich bei minimalen Zeitdifferenzen, die prozentuarische Zuckerbestimmung ergab fünfmal gleiche, siebenmal verschiedene Mengen (Maximaldifferenz 0·88%); die Methylenblauausscheidung konnte nicht eindeutig beobachtet werden. Zwecks weiterer Untersuchung über die physiologische Harnsekretion nahm Kapsammer das Tierexperiment zu Hilfe. Hiebei konnte er sich überzeugen, daß das Nierengewicht bei den Versuchshunden in 12 Fällen einmal beiderseits gleich war, in den anderen 11 Fällen ungleich: bei einem durchschnittlichen Gewichte von 29·35 g betrug die größte Differenz zwischen rechts und links 3·0 g. Die beiderseits in gleichen Zeiten ausgeschiedenen Mengen waren unter 118 Einzelbeobachtungen (durch Einbinden von Glaskanülen in beide Ureteren per laparatomiam und Kochsalzinfusionen) nur achtmal die gleichen. Die Maximaldifferenz in 5 Minuten betrug 23 cm^3. Die ausgeschiedene Menge ist von dem Gewichte der Niere unabhängig, gewöhnlich scheidet aber dieselbe Niere die größere Flüssigkeitsmenge aus, ein Alternieren wurde nur einmal beobachtet. Analog sind die übrigen Befunde: s in 5 Fällen einmal gleich (größte Differenz 0·002), Δ in 10 Fällen einmal gleich (größte Differenz 0·38),

Digitized by Google

ebenso absolute Zuckermenge, prozentuarischer Zuckergehalt, Methylenblauausscheidung (cf. Original).

Aus all diesem schließt Kapsammer, „daß beide Nieren in gleichen Zeiten ungleiche Mengen eines ungleichen Sekrets ausscheiden, daß Eliminations- und Filtrationsfähigkeit nicht Hand in Hand gehen, wodurch sich die Basis der funktionellen Nierendiagnostik verschiebe". Die Schlüsse, die aus der bisher angenommenen Kongruenz der Nierentätigkeit gezogen wurden, seien demnach nicht richtig.

Wir sind also auf dem kaum begangenen Pfade wieder um einen Schritt nach rückwärts gedrängt worden und können folgerichtig die Resultate der kryoskopischen Untersuchungen am getrennten Urin in pathologischen Fällen nur mit entsprechender Reserve verwerten, da die Gewähr eines sicheren Ergebnisses nicht gegeben ist. Immerhin darf sie unter den modernen Methoden nicht vergessen werden. Auch Bujnewitsch, über dessen Postulat, man dürfe die Blutgefrierpunktsbestimmung als klinische Methode nicht anwenden, wohl zu debattieren wäre, hält die kryoskopische Untersuchung am „gesonderten" Harn für die genaueste, (?) da sie selbst bei Abwesenheit irgend welcher anderer Daten für eine Nierenerkrankung (Eiweiß, Zylinder etc.) Krankheitszeichen, und zwar gleich solche der Schwere des Falles korrespondierende, zu konstatieren gestattet. Ebenso stellt Koeppe, dessen physikalische Ueberlegungen und Kritisierungen der Dreser'schen Formel zur eingehenden Lektüre empfohlen werden können, die Bestimmung von Δ am getrennt aufgefangenen Harne höher als die einfache Bestimmung am Mischurin. Aus der Ungleichheit der Gefrierpunktserniedrigungen der beiden Harne erkennt man komparativ die mangelhafte Funktion der einen Niere gegenüber der anderen. Jene Niere ist als krank anzusprechen, deren Harn eine Gefrierpunktserniedrigung hat, welche der des Blutes am nächsten liegt. Liegt Δ beiderseits über δ, dann ist die Niere mit dem Harn von kleinerer Gefrierpunktserniedrigung die kranke. Liegt dagegen Δ beiderseits unter δ, dann ist die Niere mit dem Harn von größerer Gefrierpunktserniedrigung die kranke.

Wenn man nun die Differenzen, welche in der Funktion normal arbeitender Nieren bestehen, vernachlässigt, ergeben sich bei einseitigen Nierenerkrankungen wohl solche Unterschiede in den Gefrierpunktserniedrigungen zwischen rechts und links, daß sich die mangelhafte Funktion des einen Organs mit größter Wahrscheinlichkeit verrät. Derartige Untersuchungen wurden systematisch von Abbarran, Kümmell, v. Illyes, Casper und Richter ausgeführt. Die Gefrierpunktsdepression der mangelhaft funktionierenden Niere liegt stets unter 1°, während eine suffiziente Nierenleistung bei Δ = 1—2° angenommen wird. Dies für den Fall eines 20—30 Minuten währenden Auffangens der Nierenurine ohne Verdünnungsversuch. Es kann nämlich die kryoskopische Untersuchung, ausgeführt zu einer Zeit, da die Gesamtausscheidung der Moleküle eine geringe ist, eine minimale Differenz beider Seiten ergeben, wiewohl die eine Niere gesund, die andere hochgradig zerstört ist. So fand Barth Δ 0·3 : 0·74, Δ 0·5 : 0·74, ja sogar Δ 0·76 : 0·82. Die subnormalen Gefrierpunktswerte der gesunden Niere täuschten aber hier, da die betreffenden Patienten trotzdem die Nephrektomie gut überstanden.

Entsprechend der Aufgabe der Nieren, sowohl verdünnten als auch konzentrierten Harn zu bereiten, muß in jedem zweifelhaften Falle der Verdünnungsversuch in seine Rechte treten, dagegen sind Untersuchungen über die Fähigkeit, konzentrierten Harn zu liefern, bislang noch nicht systematisch angestellt worden. Nachdem die früher erwähnten Untersuchungen von Kövesi und Róth-Schulz von Nagelschmidt und Marischler bestätigt worden waren, stellten sich v. Illyés und Kövesi die Aufgabe, den Grad der Störung der einzelnen Nieren näher zu bestimmen, indem sie den Ureterenkatheterismus mit dem Verdünnungsversuche kombinierten. Zunächst bestimmten sie Δ und Na Cl-Gehalt des gesondert aufgefangenen Urins

Digitized by Google

jeder Seite. Zur Kontrolle diente die gleichzeitig angewendete Phloridzinmethode nach Vorschriften Caspers und Richters. Nachher Verdünnungsversuch in Analogie mit der eben erwähnten Methode. Diese Kombination erscheint jedoch technisch nur durchführbar, wenn der Ureterkatheter längere Zeit liegen gelassen wird, und hier stehen wir vor der Frage, inwieferne dieser mechanische Reiz die Nierentätigkeit beeinflusse, ob er einen Spasmus mit konsekutiver reflektorischer Anurie hervorrufe oder im Gegenteil eine reflektorische Polyurie erzeuge. v. Illyés und Kövesi nehmen an, daß bei längerem Liegenlassen des Katheters sich die Reizwirkung desselben vermindere, so daß die erhaltenen Resultate auf einem spontanen Ausgleich beruhen. Anders denkt Kapsammer über die Sache, welcher in Analogie mit der reflektorischen Polyurie, wie sie oft bei Neurasthenikern auftritt, eine solche durch den mechanischen Reiz des Ureterkatheters konstatieren konnte. Erhärtet wird diese Behauptung durch die Beobachtung, daß diese Reflexwirkung zunächst nur eine, und zwar die sondierte Niere, betrifft, ferner durch experimentelle Untersuchungen. Die natürliche Folge einer derartigen reflektorischen Polyurie ist eine Herabminderung der molekulären Konzentration des auf diese Weise erlangten Harnes, die sehr leicht zu Fehlschlüssen verleiten könnte, wenn man sich nicht von der Differenz in der Konzentration des Harnes unmittelbar vor, während und nach der Sondierung instruiert. Im gegenteiligen Falle könnte man nämlich auf Grund der geringeren molekulären Konzentration eine ungenügende Tätigkeit der betreffenden Niere interpretieren und die in Frage stehende Operation unterlassen, gewiß zum Schaden des Patienten, der eventuell über eine suffiziente gesunde Niere verfügen kann. Jedenfalls muß man also auch diesem Umstande, sowie der zweiten Beobachtung Kapsammers, betreffend das Abfließen von Harn neben der Uretersonde, unbedingt Rechnung tragen, indem man zuvörderst beide Harnleiter katheterisiert, ferner genau auf die in der Zeiteinheit abgeschiedenen Mengen achtet und das neben den Instrumenten abfließende Sekret in Evidenz hält.

An einem dieser Punkte setzte wieder Nitze mit einer genialen Konstruktion ein, welche das Abfließen neben dem Ureterkatheter verhindern soll. Das Instrument ist einfach ein Ureterkatheter, welcher gegen das viszerale Ende zu durch eine aufblasbare Hülse aus Kondomgummi unterbrochen ist. Diese füllt sich, in den Ureter eingeführt, mit Flüssigkeit, komprimiert dadurch die Wände des Harnleiters, so daß nichts neben dem Instrument abfließen kann. Von der Sicherheit der Wirkung kann man sich durch die Methylenblauprobe überzeugen. Das Instrument ist bislang noch nicht publiziert, wird jedoch bereits seit geraumer Zeit von Nitze verwendet, bei welchem auch Schreiber dieser Zeilen es in Funktion gesehen. Der Einwand Kapsammers, auch dieses Instrument löse einen Reiz auf die Ureterwand mit konsekutiver, reflektorisch gestörter Nierenfunktion aus, ist allerdings beachtenswert, anderseits aber zu erwägen, daß der Wirkungskreis dieses Instruments mit dem Verhindern des Nebenfließens nicht erschöpft ist.

Auf die Untersuchungen v. Illyés und Kövesis zurückkommend, haben wir es hier mit zwei Hauptgruppen von beobachteten Fällen zu tun, fünf Fälle, bei denen die Sekretionstätigkeit der einen Niere überhaupt so gut wie aufgehoben war, und fünf Fälle, bei welchen nur eine Verminderung in der Wassersekretionstätigkeit bestand. Hiebei ergaben sich als pathognostische Merkmale für eine Funktionsverminderung eine Verzögerung des Eintrittes der Verdünnung, der Unterschied in der während derselben Zeit sezernierten Harnmenge beiderseits, endlich die bereits oben erwähnte Beständigkeit der molekulären Konzentration, die durch die Verdünnung nur geringgradig beeinflußt wird. Selbstredend sind diese Resultate wertvoller als die oben erwähnten beim Verdünnungsversuch mit dem Mischurin, da sie ja die Arbeitsteilung übersichtlicher markieren und eine diagnostische Verschärfung darstellen. Aber auch hier wurde bereits die kritische Sonde an-

Digitized by Google

gelegt, indem Zangemeister, welcher insbesondere die Schwangerschaftsnephritis und Eklampsie als Basis seiner kryoskopischen Studien nahm, fand, daß beim Gefrieren von hochkonzentriertem Harne zunächst das fast reine Lösungsmittel (das Wasser) ausfriere und der übrig bleibende Harn konzentrierter werde. Diese Fehlerquelle kann einfach durch Verdünnen des Harnes vor der kryoskopischen Untersuchung ausgeschaltet werden. Entsprechend dem verschiedenen Dissoziationsgrade der Harnbestandteile in den verschiedenen Harnportionen handelt es sich darum, einen idealen, d. h. einen konstanten Dissoziationsgrad zu erreichen. Dies hat theoretisch bei unendlicher Verdünnung statt. Praktisch setzt uns das Verdünnen in die Lage, „die Diurese beliebig kleiner und großer Zeitintervalle, den Harn verschiedener Individuen und unter verschiedenen Verhältnissen in Bezug auf seinen Salzgehalt zu vergleichen". Das zur Verdünnung verwendete Wasser muß vollständig rein sein, wovon man sich durch vorgängige kryoskopische Untersuchung desselben überzeugen muß.

Trotz all dieser Verfeinerungen in der Diagnostik fehlt es nicht an Stimmen, welche an einem faktischen Fortschritt durch den Ureterkatheter zweifeln. Abgesehen von den erwähnten quasi „bakteriphoben" Gegnern sind es Autoren, wie Israel, die auf Grund eigener langjähriger Erfahrung auch ohne denselben auskommen, anderseits solche, die auf Mißerfolge trotz Ureterkatheterismus hinweisen und hiebei einen klassischen, instruktiven Fall zitieren können. Ich meine den Fall Young: Bei einem Patienten mit Nierenkoliken Katheterisierung beider Ureteren ohne Hindernis. Menge nach einer Stunde rechts 22 cm^3, links 6·6 cm^3. s 1003, respektive 1015, kein Zucker, Albumen rechts in Spuren, links 0, Kulturen beiderseits negativ. Radiologische Untersuchung (Bild im Original) ergibt einen großen Stein in der rechten Seite, links keinen Schatten. Demnach wird angenommen, daß die linke Niere gesund sei und wegen des Steines in der rechten Nephrolithotomie ausgeführt. Zwei Tage später Tod infolge Anurie. Bei der Obduktion ergab sich Verdoppelung des Nierenbeckens und der Ureteren links, welch letztere sich 2 cm von den Vasa iliaca vereinigen. Der untere Teil der Niere, respektive das untere Nierenbecken, erscheint vollkommen normal, mit gesundem Nierengewebe ausgefüllt. Das obere Nierenbecken enthält einen großen Stein, welcher es vollkommen ausfüllt, in der Peripherie konsumptive Eiterung. Durch die Kompression des Steines erschien es ausgeschlossen, daß in vivo Flüssigkeit neben dem Steine abgegangen und in die Blase gelangt war, daher der normale Harn dieser Seite; der Ureterkatheter war nämlich ohneweiters in den gesunden Ureter gedrungen. Zum Ueberfluß war die Röntgenplatte zu tief placiert, weshalb die Affektion der linken Niere überhaupt nicht sinnfällig wurde.

Solche Fälle beweisen natürlich gar nichts. Eine Verkettung von Anomalien anatomischer und pathologischer Natur, kombiniert mit einem radiologischen Kunstfehler, können die Unbrauchbarkeit einer exakten Methode nicht demonstrieren, sondern sind nur eine Lehre für den Radiologen, sich nicht mit einer Aufnahme zu begnügen, sondern eine zweite höher oben oder tiefer unten, je nach den Verhältnissen, die durch die Wirbelsäule markiert sind, vorzunehmen. Dem durch diesen Fall Gewitzigten wird das nicht mehr passieren. Außerdem besteht immer noch ein annehmbares Verhältnis zwischen der erhöhten Zahl der Erfolge und der herabgedrückten der Mißerfolge, das bereits oben zahlenmäßig ausgedrückt wurde.

Im Anschluß an die Kryoskopie des Harnes sei hier noch eine neue Variante erwähnt, welche die Konzentration tierischer Lösungen auf anderem Wege zu ermitteln sucht, nämlich die Bestimmung des Brechungsexponenten mittels des Abbé'schen und Pulfrich'schen Eintauchrefraktometers, zum erstenmal von Strubell angegeben. Dieser konnte sowohl bei normalen als bei pathologischen Urinen einen Parallelismus in den drei Funktionen, der Dichte, der Gefrierpunktserniedrigung und des Bre-

Digitized by Google

chungsexponenten, nachweisen und hofft, die Bestimmung des letzteren, einer physikalisch-chemischen Konstante, werde einen entsprechenden Platz in der klinischen Diagnostik einnehmen. Bis jetzt liegen noch keine ausreichenden Bestätigungen über den klinisch-diagnostischen Wert dieser Methode vor.

Ebenso müssen wir hier noch einer Methode gedenken, welche es sich gleichfalls zur Aufgabe macht, durch Konstatierung gewisser Wechselbeziehungen in dem physiologisch-chemischen Verhalten der Körperflüssigkeiten zu einander die Funktionsgröße der Nieren zu bestimmen. Es ist dies die Untersuchung der elektrischen Leitfähigkeit der Körperflüssigkeiten, aufgebaut auf die bekannte Jonentheorie, d. h. die Theorie der elektrischen Dissoziation von Arrhenius. Dieser nimmt nämlich an, daß die Moleküle gewisser Stoffe, der Elektrolyten, sich, wenn sie in Wasser aufgelöst werden, spalten, und daß dadurch die Konzentration der Flüssigkeit erhöht wird, indem die Teilmoleküle dieselbe Bedeutung für die Höhe der Konzentration haben wie die ursprünglich in Lösung gegebenen Moleküle. Die Teilmoleküle nennt man die Jonen, in welche im Augenblick der Auflösung, der Dissoziation, ein Teil der vorhandenen Moleküle zerfällt. Als Elektrolyten haben diese Moleküle, im Wasser aufgelöst, die Eigenschaft, den elektrischen Strom zu leiten. Die Größe des Leitvermögens ist abhängig von der Zahl der vorhandenen Jonen. Somit ist man imstande, durch Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit einer Flüssigkeit den Gehalt derselben an Elektrolyten, d. h. Salzen, Säuren und Basen, berechnen, respektive vergleichen zu können. Wir messen dadurch die Dichte der anorganischen Moleküle allein, während uns die Gefrierpunktserniedrigung die Summe der organischen und anorganischen Bestandteile, die in der untersuchten Flüssigkeit gelöst sind, kundgibt. Technisch werden diese Bestimmungen in einem Apparat vorgenommen, welcher nach dem Prinzip der Wheatstone'schen Brücke gebaut ist. Man bestimmt den Widerstand der untersuchten Lösung und vergleicht denselben mit einem bekannten Widerstand (in Ohm berechnet [1]). Es ergab sich bei den wiederholt vorgenommenen Untersuchungen des menschlichen Blutserums, korrespondierend mit der konstanten molekulären Konzentration desselben, eine ebenfalls konstante elektrische Leitfähigkeit (im Mittel $x_{18} = 0{\cdot}0103$), wie die Arbeiten von Engelmann, Bugarszky und Tangel, Roth, Viola etc. übereinstimmend berichten. Selbst bei insuffizienter Nierentätigkeit, also bei der Urämie, ändert sich die Leitfähigkeit nicht (Bickel u. a.). Desgleichen findet sich ein weitgehender Parallelismus in dem Verhalten, respektive in den Schwankungen zwischen Konzentration und Leitfähigkeit der durch Ureterkatheterismus separierten Harne. Die Werte für die elektrische Leitfähigkeit sinken bei kranker Niere parallel mit denen der Gefrierpunktserniedrigung. Wir haben demzufolge hier eine Handhabe, um die Resultate der anderen Methoden kontrollieren zu können, wir „verschärfen" abermals unsere diagnostischen Hilfsmittel, zumal nach Loewenhardt folgende Punkte für die elektrische Leitfähigkeit sprechen:

1. die Ermöglichung einer Abkürzung des Ureterenkatheterismus;

2. die einfache und rasche Ausführbarkeit;

3. besteht strikte Indikation, falls für andere Methoden nicht mehr genügend Urin einer Niere zu erhalten ist (es sind nur kleine Mengen Harnes erforderlich);

4. genauerer Einblick in die Zusammensetzung der Harnbestandteile bei gleichzeitiger Anwendung anderer Bestimmungen.

Leider sind unsere Erfahrungen über die praktischen Erfolge dieser Methode noch gering, wahrscheinlich weil der komplizierte und teuere Apparat nicht jedermann zugänglich ist; außerdem wird von keiner Seite behauptet, daß man mit dieser Methode allein sein Auslangen finden könne, sondern allseits auf den er-

[1]) In praxi einfach abzulesen.

Digitized by Google

gänzenden Wert desselben hingewiesen.

Anders steht es mit der von Bouchard propagierten Methode, deren Prinzip darin besteht, die Toxizität des Harnes als Gradmesser der Nierenfunktion heranzuziehen. Bei den bisher angeführten Methoden hatten wir es stets mit Zahlen zu tun und auf diese kommt es uns ja an. Hier aber studiert man nur Giftigkeit des Harnes im Tierexperiment, ausgehend von der bekannten Giftwirkung des menschlichen Harnes. Man will wohl einen „urotoxischen Koeffizienten" bestimmen, aber alle die Mühe lohnt sich nicht. Wir wollen nur das Urteil Senators über die Angelegenheit registrieren, der die Unzuverlässigkeit der Methode folgendermaßen motiviert: Zunächst sind die angeblichen Gifte des Urins, welche die verschiedenen Vergiftungen hervorrufen, noch nicht einwandfrei gefunden; weiters, wenn sie selbst vorhanden wären, könnten sie aus verschiedenen, außerhalb der Nieren gelegenen Bedingungen in wechselnder Menge ausgeschieden werden. Endlich wirkt der Urin schon giftig, weil er eine hypertonische Lösung, d. h. eine Lösung mit mehr Molekülen im Vergleich zum Blute der Versuchstiere darstellt.

Wir kommen nun zur Besprechung einer Methode der jüngeren Zeit, der heißumstrittenen Phloridzinprüfung. Die Geschichte derselben ist, kurz berichtet, folgende: Das Phloridzin wurde im Jahre 1835 von Koninck als Glykosid aus der Wurzelrinde des Apfel-, Birn-, Kirschen- und Pflaumenbaumes dargestellt und seinerzeit therapeutisch verwendet. Im Jahre 1885 entdeckte v. Mering gelegentlich seiner Studien über den Diabetes mellitus im Phloridzin ein Mittel, welches ohne Veränderung im Allgemeinbefinden hochgradige Melliturie bei den Versuchstieren erzeugte. Er fand, daß bei Hunden, unabhängig von Art und Menge der Nahrung, nach innerlichen Phloridzingaben (1 g pro Kilogramm Körpergewicht) Glykosurie auftrete. Der Zuckergehalt des Harnes steigt mit der Vermehrung der eingeführten Phloridzinmenge. Ebenso gelingt es mit Hilfe des Phloridzins, bei Hunden, die so lange gehungert, daß weder Muskeln noch Leber Glykogen enthalten, Diabetes zu erzeugen. Die Melliturie ist stärker bei subkutaner Injektion geringerer Mengen von Phloridzin, sistiert aber früher als bei der innerlichen Darreichung. Hingegen steigt der Zuckergehalt des Blutes beim Phloridzindiabetes nicht wie bei den anderen, sondern beim Uebergang von Zucker in den Harn bleibt der Zuckergehalt des Blutes normal. Nachdem sich durch weitere Versuche ergeben, daß es auch beim Menschen gelingt, durch subkutane Applikation von Phloridzin während längerer Zeit Diabetes mellitus ohne irgend welche Störungen des Allgemeinbefindens zu erzeugen, wurden diese Angaben in der Folge hauptsächlich von Minkowski zum Gegenstand des Studiums des Diabetes überhaupt verwertet und dann von mehreren Nachprüfern aufzuklären versucht, d. h. jenes Organ zu finden, welches hauptsächlich bei der Entstehung dieser artefiziellen Glykosurie beteiligt sei. Der exakte Beweis für die renale Entstehung dieser Glykosurie wurde von Zuntz durch einen ingeniösen Versuch erbracht: Freilegung einer Niere, Einbinden von Kanülen in die Ureteren, Phloridzinapplikation in die freigelegte Nierenarterie. Zucker trat zuerst aus dem Ureter jener Niere aus, welche das Phloridzin lokal zugeführt erhalten hatte, also erzeugt das Phloridzin den Diabetes durch seine Einwirkung auf die sezernierenden Elemente der Niere. Aber auch an dieser Schlußfolgerung wurde gezweifelt: de Dominicis prüfte die v. Mering'schen und Zuntz'schen Experimente nach und fand bei ähnlicher Versuchsanordnung wie letzterer keinen Zucker in derjenigen Niere, welcher das Phloridzin unmittelbar appliziert worden war, dagegen 15 Minuten später im Harne der anderen. Auch in dem wässerigen Extrakt derselben, späterhin zerstückelten Niere fand man keine Spuren von Zucker. de Dominicis behauptet demnach auf Grund seiner Experimente, es sei nicht möglich, den Anteil der Niere gegenüber dem des Gesamtorganismus

Digitized by Google

bei der Ausscheidung dieser organfremden Substanz festzustellen. Auch Biedl und Kolisch kamen in ihren Nachuntersuchungen zu entgegengesetzten Resultaten wie v. Mering und Minkowski; sie fanden nämlich den Zuckergehalt des Blutes bei Kaninchen nach Phloridzininjektion stets erheblich erhöht, während v. Mering und später Minkowski als Charakteristikum des Phloridzindiabetes keine Hyperglykämie finden konnten. Lewandowsky kritisiert wiederum die Methodik der Experimente von Biedl und Kolisch, welche durch die hiebei bald nach einander vorgenommenen Aderlässe schon an und für sich eine Erhöhung des normalen Blutzuckergehaltes veranlassen, und schließt, daß das Phloridzin weder bei Tieren mit normalen Nieren noch bei nephrektomierten eine Veränderung des Blutzuckergehaltes im Sinne einer Vermehrung hervorrufe. Also abermals ein Beleg für die v. Mering'sche Annahme, der Phloridzindiabetes sei durch primäre renale Zuckerausscheidung bedingt. In der Folge forschte nun Loewi weiter, der folgendermaßen schließt: Der Organismus des Säugers besitzt bekanntlich die Fähigkeit, im Blute kreisenden Zucker zurückzuhalten, so lange dessen Menge zirka 1:1000 nicht überschreitet. Ist aber diese Grenze überschritten, dann tritt Glykosurie ein, verursacht durch die Hyperglykämie. Eine Ausnahme bildet die Phloridzinglykosurie, welche auch bei normalem oder subnormalem Zuckergehalte des Blutes zustandekommt. Ferner fragte es sich, ob eine vermehrte Diurese irgend welchen Einfluß auf die Vermehrung oder Verminderung der Phloridzinglykosurie habe. Loewi kam nach seinen diesbezüglichen Experimenten, bestehend in Totalexstirpation des Pankreas bei Hunden und Kaninchen mit nachfolgender subkutaner Phloridzinapplikation, zu dem Resultat, daß durch keinen Versuch am phloridzinvergifteten Hunde die Zuckerausscheidung durch intensivste Diurese beeinflußt werden könne, und erklärt das Zustandekommen der Phloridzinglykosurie dadurch, daß die Nierenepithelien den Blutzucker aus seiner Bindung lösen. Noch genauer lokalisiert Strauß den Umbau des Phloridzins in Zucker in die Glomeruli, belegt durch zwei positiv reagierende, späterhin obduzierte Fälle, in denen das gesamte Nierenparenchym bis auf geringste Rindenreste einmal eitrig eingeschmolzen, einmal in Karzinom aufgegangen war und histologisch die Glomeruli als erhalten nachgewiesen wurden. Endlich fand noch Knopf einen bedeutenden Unterschied in der zuckertreibenden Wirkung zwischen einer alkalisch-wässerigen und einer neutral-alkoholischen Phloridzinlösung; leiztere wirkte erheblich stärker.

Nachdem also die verschiedenen theoretischen Dispute jedesfalls zweifellos ergeben hatten, daß das Phloridzin eine lokale Wirkung auf das Nierenparenchym ausübe, kamen Ende der Neunzigerjahre französische Autoren, und zwar wieder Achard und Delamare, auf den Gedanken, das Phloridzin als Prüfstein für Funktion und Insuffizienz der Nierentätigkeit zu verwenden, ausgehend von der Ueberlegung, daß, wenn die prompt eintreffende Phloridzinglykosurie ein Kriterium für normale Nieren sei, jede pathologische Funktion sich durch eine Abweichung von der Norm verraten müsse. Die Idee wurde von ihnen auch gleich ins Praktische übertragen, derart, daß sie mit ganz kleinen Dosen Phloridzin an einem großen Versuchsmaterial die Ausscheidung des Zuckers beobachteten. Hiebei ergab sich tatsächlich in normalen Fällen eine gewisse Regelmäßigkeit der Phloridzinglykosurie, derart, daß sich innerhalb eines gewissen Zeitraumes Zucker in ziemlich konstanter Menge nachweisen ließ, in pathologischen Fällen dagegen vollkommenes Fehlen der Zuckerausscheidung, zumindest aber eine erheblich geringere Glykosurie, wobei die Diagnose gesunde oder kranke Niere in einer großen Anzahl der Fälle durch Autopsie bestätigt werden konnte. Diese Resultate können füglich mit den kryoskopischen bei der Blutuntersuchung oder mit den am Mischurin angestellten Gefrierpunktsbestimmungen verglichen werden. Sie zeigen bestenfalls nur, daß die Nieren in ihrer Gesamtleistung auf Phloridzin reagieren oder nicht, sie geben aber kein Bild von der

Digitized by Google

Einzeleistung jeder Niere, schon deswegen nicht, weil es ebensowenig wie bei der anderen Methode angeht, eine Ausscheidung bis zu so und so viel Prozent als „normal" oder als pathologisch zu bezeichnen. Der Gedanke, die Phloridzinausscheidung dadurch getrennt zu beobachten, daß man den Harn mittels Ureterkatheter separiert, war demnach naheliegend und wurde von Casper und Richter alsbald in die Praxis der Diagnostik eingeführt. Casper und Richter kalkulierten folgendermaßen: Das Phloridzin regt die Nieren zu einer selbständigen Tätigkeit an, zur Elimination des eingeführten Zuckers aus dem Blute. Diese Tätigkeit wird umso größer sein, je mehr funktionstüchtiges Nierengewebe dem Organismus zur Verfügung steht und umgekehrt. Also können wir aus dem Ergebnis der Phloridzinprüfung die „Menge des vorhandenen arbeitenden Nierenparenchyms und damit indirekt auch die Größe der Nierenarbeit messen". Man injiziert also $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde vor dem Katheterismus beider Ureteren 0·005—0·01 Phloridzin und sammelt sodann gleichzeitig den Harn jeder Niere. Die Glykosurie beginnt gewöhnlich 15—30 Minuten nach der Injektion und dauert etwa 3 Stunden. Casper und Richter legen nur auf die Größe der Zuckerausscheidung Wert und vernachlässigen den Beginn und die Dauer derselben. Es kommt ihnen nur darauf an, ob in beiden Sekreten dieselbe Menge Zucker ausgeschieden wird oder nicht, wobei es irrelevant ist, in welchem Stadium der Elimination untersucht wird. Der Zucker wird polarimetrisch oder mit dem Lohnstein'schen Gärungssaccharometer, eventuell auf chemischem Wege quantitativ bestimmt. In den normalen Fällen fanden sie die Zahlen beider Seiten „von frappierender Uebereinstimmung". Bei einseitigen Nierenerkrankungen zeigte sich immer ein Zurückbleiben der von der erkrankten Niere ausgeschiedenen Zuckermenge gegenüber der gesunden, bei doppelseitigen Nierenprozessen endlich beiderseitiges Aus- oder Zurückbleiben der Glykosurie. (Die Phloridzinapplikation in den erwähnten Dosen ist für den menschlichen Organismus absolut unschädlich.)

Wir hätten also mit der Phloridzinprobe wohl den Gipfelpunkt diagnostischen Könnens erreicht. Man kann die Leistung jeder Niere direkt zahlenmäßig feststellen, indem man einfach ins Polarimeter sieht und rechts und links perzentualiter vergleicht; da sind ja die anderen Methoden stümperhaft dagegen. Leider ist dem aber nicht so. Die Angaben von Casper und Richter wurden alsbald von Israel geprüft, zunächst am publizierten Material der beiden Proponenten, dann am eigenen. Israel geht scharf ins Zeug, wie immer, wenn es sich um eine neue Methode in der Nierenpathologie und -Therapie handelt, und verneint zunächst die Vorfrage, ob beide gesunde Nieren stets zu gleicher Zeit dieselbe Zucker- und Molenmenge ausscheiden auf Grund der Casper-Richter'schen Protokolle; unter neun Einzeluntersuchungen konnte er nur viermal den gleichen Prozentgehalt an Zucker finden, nimmt daher an, daß Differenzen bis zu 30% noch als physiologisch zu gelten haben.

Des weiteren wendet Israel ein, man könne eine pathologische Funktion nicht als Wertmesser der normalen einführen, ferner daß sich bei einer zweiten Untersuchung der gleichen Fälle andere Resultate ergeben hätten, endlich, daß die Phloridzinprobe oft überhaupt im Stiche lasse, indem die funktionstüchtigere Niere einen geringeren Prozentsatz der Zuckerausscheidung leiste als die funktionsschwächere. Auch kritisiert Israel die diagnostischen Schlüsse Caspers, die oft im Widerspruch mit dessen eigenen Angaben stünden. Den besten Angriffspunkt hiefür bot ein Fall Caspers (Fall 62): Bei einer 49jährigen Frau war rechts ein Nierenabszeß diagnostiziert worden bei „geringer Affektion" der linken Niere. Rechtsseitige Nephrektomie (König), Heilung. Die Phloridzinprüfung hatte ergeben: Sacch. 0·2% links, 0·4% rechts, also war die scheinbar um das Doppelte leistungsfähigere Niere die erkrankte.

Dieser Einwand Israels ist zweifellos berechtigt und wohl nicht einfach hinwegzuleugnen, ebensowenig wie die positiven, zahlenmäßig festgestellten Erfah-

Digitized by Google

rungen Goebells, der in seinen Fällen weder aus dem Verhältnis der Zuckerprozente, noch aus dem der ausgeschiedenen absoluten Zuckermengen verwertbare Resultate erhalten konnte. Daß man mit Hilfe der Phloridzinprobe wird feststellen können, ob nach einer Nephrektomie die andere Niere die ausgefallene Funktion des noch arbeitenden Parenchyms der zu exstirpierenden Niere übernehmen wird, wie Goebell bezweifelt, haben Casper-Richter nie behauptet. Ihre rein sachlichen Vorschläge, belegt durch die Erfahrung an 88 Fällen ohne Nierentod, waren nie so einseitig, daß man ihnen ein alleiniges Propagieren der einen oder der anderen Methode, speziell der Phloridzinprobe, hätte unterschieben können. Immer war nur von einer Kombination aller verwertbaren diagnostischen Hilfsmittel die Rede. Auf das beiderseits (Casper und Israel) herangezogene und gegenübergestellte statistische Material, das die Erfolge mit oder ohne funktionelle Nierendiagnostik erweisen soll, können wir uns nicht einlassen, zumal wir mit dem Fortschritt gehen müssen, wenn auch die Erfolge in der Sturm- und Drangperiode einer neuen Forschungsmethode die Mortalität nicht gleich verschwinden machen. Casper und Richter mußten also ihre Sätze einschränken und formulieren jetzt, daß das Fehlen der Zuckerausscheidung nach Phloridzin einen erheblichen Grad von Nierenstörung beweise; je mehr funktionsfähiges Nierenparenchym vorhanden sei, umso größer sei auch die Phloridzinglykosurie. In dieser Fassung ist die Casper'sche Schlußfolgerung schon akzeptabel. Zu Hilfe kam dem Proponenten in letzter Zeit Kapsammer, der die oben erwähnten Sekretionsanomalien, die reflektorische Polyurie und Oligurie, auch zur Erklärung der divergenten Resultate bei verschiedenen Untersuchungen, die so bald hinter einander ausgeführt worden waren, daß man schwerlich eine ausschlaggebende Funktionsverminderung supponieren kann, auch zur Erklärung dieses Phänomens heranzieht. Auf Grund von eigenen Experimenten beantragt Kapsammer daher neuerdings, auf diese reflektorischen Vorgänge und das Nebenfließen von Harn neben dem Harnleiterkatheter zu achten, endlich vielleicht nicht nur die Größe der Glykosurie, sondern auch den Zeitpunkt des Auftretens derselben in Rechnung zu ziehen. Normalerweise erscheine der Zucker 12—15 Minuten nach der Injektion von Phloridzin, die physiologische Grenze seien zirka 20—30 Minuten; trete aber der Zucker erst nach 30 Minuten im Harne auf, dann erscheine eine Nephrektomie kontraindiziert. Die eigenen Erfolge Kapsammers sprechen sehr zu Gunsten dieser Interpretation, die wir früher schon bei der Methylenblauprobe angeführt haben. (Beginn, Größe und Dauer der Ausscheidung.) Weitere Erfahrungen über diese modifizierte Verwendung der Phloridzinprobe werden ergeben, ob wir damit weiterkommen werden.

Wir sind am Schlusse. Viel Neues ist in den letzten Jahrzehnten in der medizinischen Wissenschaft aufgetaucht, viele Kapitel sind überhaupt nur den jüngeren Aerzten geläufig. Hier ist wieder ein reiches Feld der Betätigung eröffnet worden, mit vielversprechenden theoretischen Anfängen, mit den unausbleiblichen praktischen Mißerfolgen, kurz mit allen Kinderkrankheiten einer neuen Lehre. Wir sind noch lange nicht am Ende unserer Forschung in der funktionellen Nierendiagnostik, wir stehen erst an der Schwelle, zagend und zögernd dringt man langsam weiter, gehemmt durch die Geheimnisse der Natur, wie durch die Skepsis erfahrener Praktiker. Allein dies darf den Forscher nicht zurückschrecken, sondern er soll sich stets das Wort des leider zu früh verstorbenen Schede vor Augen halten:

„Ernstes Forschen auf irgend einem Gebiete wird nicht immer dadurch belohnt, daß man Gesuchtes findet. Zuweilen ergibt sich etwas ganz anderes, zuweilen noch vieles über das Gesuchte hinaus."

Literatur:

[1]) Schmieden: Die Erfolge der Nierenchirurgie. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 62, 1902.

Digitized by Google

[3]) Kümmell und Rumpel: Chirurgische Erfahrungen über Nierenkrankheiten unter Anwendung der neueren Untersuchungsmethoden. Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 37 (Jubiläumsband für Esmarch), 1903.

[3]) Rosenbach: Die Ziele der funktionellen Nierendiagnostik nebst Bemerkungen über das Blut als Organ und die regulatorische Funktion der Nieren. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 17 u. 18, 1901, dortselbst auch die übrige Literatur.

[4]) Casper und Richter: Funktionelle Nierendiagnostik, mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie. Klinisch-experimentelle Untersuchungen. Wien und Berlin. Urban und Schwarzenberg, 1901.

[5]) Küster: Die Chirurgie der Nieren, der Harnleiter und der Nebennieren. Deutsche Chirurgie, Lieferung 52 b, 1896—1902, pg. 85.

[6]) Kiss: Ueber den Wert der neueren Untersuchungsmethoden zur Bestimmung der Nierenin suffizienz. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 47 u. 48. 1901.

[7]) v. Korányi: Zur Diskussion über die wissenschaftliche Begründung der klinischen Kryoskopie. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 48, 1901.

[8]) v. Noorden und Ritter: Untersuchungen über den Stoffwechsel Nierenkranker. Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 19, Supplementheft, 1891.

[9]) Achard et Castaigne: L'exploration clinique des fonctions rénales. Paris, Masson, 1900.

[10]) Dieselben: Societé médicale des hopitaux, Paris. La semaine médicale, pg. 47, 1900.

[11]) Dieselben: ibidem, pg. 170, 1897; pg. 21, 1898.

[12]) Albarran et Bernard: La perméabilité rénale étudieé par le procédé du bleu de methylène dans les affections chirurgicales des reins. Annales des maladies des org. génitourin. Nr. 4 u. 5, 1899.

[13]) v. Czyhlarz und Donath: Ueber die Ausscheidung des Methylenblau durch normale und pathologische Nieren. Wien. klin. Wochenschrift, Nr. 24, 1899.

[14]) Friedrich Müller: Ueber die Ausscheidung des Methylenblaus durch die Nieren. Archiv f. klin. Medizin, Bd. 63, 1899.

[15]) Voisier und Hauser: La semaine médicale, Nr. 30, 1897. (Zitiert nach Müller.)

[16]) Anastazy Landau: Untersuchungen über die Leistungsfähigkeit der Nieren mit Hilfe des Methylenblau. Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 46, 1902. (Festschrift für Th. Dunin.)

[17]) Lipman-Wulf: Beiträge zur Lehre von der Nierenfunktion. Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 3, 1901.

[18]) Cabot und McGire: The use of methylene blue, in the diagnosis of renal disease. St. Paul med. Journ., Nr. 2, 1899.

[19]) Bard et Bonnet: Recherches et considérations cliniques sur les différences de perméabilité rénale dans les diverses espèces de néphrites. Archives générales de Médecine, Nr. 2 und 3, 1898.

[20]) Simonelli: Nuovo metodo di esame della perméabilità renale. Nuova rivista clin. therapeut. Nr. 10, 1899. (Zitiert nach Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- u .Sex.-Org., 1900.)

[21]) Galleazi et Grillo: L'influence des anaesthésiques sur la perméabilité rénale. La presse médicale, Nr. 15, 1900.

[22]) Bernard: Les méthodes d'exploration de la perméabilité rénale. Paris, Masson et Cie., 1904.

[23]) Meyerhoffer: Die chemisch-physikalische Beschaffenheit der Heilquellen. Vortrag, gehalten auf der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad. Hamburg. Verlag Leopold Voß, 1902.

[24]) Dreser: Ueber Diurese und ihre Beeinflussung durch pharmakologische Mittel. Archiv für experimentelle Pathologie u. Pharmakologie, Bd. 29, 1902.

[25]) Schlagintweit: Apparat zur Gefrierpunktsbestimmung des Harnes, Blutes etc. mit schneeförmiger Kohlensäure als Kältespender. Münch. med. Wochenschr., Nr. 14, 1904.

[26]) Alexander v. Korányi: Physiologische und klinische Untersuchungen über den osmotischen Druck tierischer Flüssigkeiten. Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 33 u. 34, 1897—98.

[27]) E. Pflüger: Ueber die Diffusion des Sauerstoffes, den Ort und die Gesetze der Oxydationsprozesse im tierischen Organismus. Archiv f. Physiologie, Bd. 6, 1872.

[28]) A. v. Korányi: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Kryoskopie in ihrer klinischen Anwendung. Berlin. Verlag Leonhard Simion Nf., 1904.

[29]) Hamburger: Archiv für Anatomie und Physiologie, phys. Abt., 1886 etc. Zitiert nach v. Korányi.

[30]) H. Strauß: Die Harnkryoskopie in der Diagnostik doppelseitiger Nierenerkrankungen. Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 47, 1902.

[31]) Waldvogel: Klinisches und Experimen-

Digitized by Google

telles zur Nierendiagnostik. Archiv f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie, Bd. 46, 1901.

[32]) Engelmann: Beiträge zur Lehre von dem osmotischen Drucke und der elektrischen Leitfähigkeit der Körperflüssigkeiten. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie, Bd. 12, 1903.

[33]) Kovács: Experimentelle Beiträge über die Wirkung von Sauerstoffinhalationen. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 16, 1902.

[34]) v. Korányi: Bemerkungen zur diagnostischen Verwertung des Blutgefrierpunktes. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 16, 1901.

[35]) Derselbe: Ueber die Bedeutung der Kost bei der Diagnose der Niereninsuffizienz auf Grund der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 5, 1899.

[36]) Derselbe: Beiträge zur Theorie und zur Therapie der Niereninsuffizienz unter besonderer Berücksichtigung der Wirkung des Curare bei derselben. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 36, 1899.

[37]) Derselbe: Beiträge zur Diagnostik der chirurgischen Nierenkrankheiten. Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten der Harn- und Sexualapparate, Bd. 4, Nr. 1, 1899.

[38]) Kümmell: Die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und des Urins zur Feststellung der Funktionsfähigkeit der Nieren vor operativen Eingriffen. Münch. med. Wochenschr., Nr. 44, 1900.

[39]) Derselbe: Die neueren Untersuchungsmethoden und die operativen Erfolge bei Nierenkrankheiten. Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 72, H. 1, 1903.

[40]) Rumpel: Erfahrungen über die praktische Anwendung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn bei Nierenerkrankungen. Münch. med. Wochenschr., Nr. 1—3, 1903.

[41]) Lindemann: Die Konzentration des Harnes und Blutes bei Nierenkrankheiten mit einem Beitrag zur Lehre von der Urämie. Deutsches Archiv f. klin. Medizin, Bd. 65, 1900.

[42]) Strubell: Ueber eine neue Methode der Urin- und Blutuntersuchung. Deutsches Archiv f. klin. Medizin, Bd. 69, 1901.

[43]) Wiebrecht: Kasuistischer Beitrag zur Indikationsstellung von Nierenexstirpationen auf Grund der Bestimmung des Blutgefrierpunktes. Centralbl. f. Chirurgie, Nr. 52, 1900.

[44]) Thumim: Nephrektomie wegen Pyelonephritis calculosa. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 45, 1900.

[45]) Kövesi und Surányi: Weitere Beiträge zur Hämatologie der Niereninsuffizienz. Centralbl. f. d. Krankheiten d. Harn- und Sexualorgane, Bd. 12, H. 10, 1901. Festschrift für F. von Korányi.

[46]) Pauli: Ueber physikalische Methoden und Probleme in der Medizin. Wien, 1900.

[47]) Kövesi und Róth-Schulz: Ueber Störungen der wassersezernierenden Tätigkeit diffus erkrankter Nieren. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 15, 1900.

[48]) Richter und Róth: Experimentelle Beiträge zur Frage der Niereninsuffizienz. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 30 u. 31, 1899.

[49]) Stockmann: Ist die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes ein ausschlaggebendes Hilfsmittel für die Nierenchirurgie? Monatsberichte f. Urologie, Bd, 7, 1902.

[50]) Barth: Ueber funktionelle Nierendiagnostik. Archiv. f. klin. Chirurgie, Bd. 71, H. 3, 1903.

[51]) Derselbe: Bericht über die Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XXXII. Kongreß, 1903. Centralbl. f. Chirurgie, Nr. 36, 1903.

[52]) James Israel: Was leistet die funktionelle Nierendiagnostik? Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie, Bd. 11, 1903.

[53]) v. Korányi: Vom diagnostischen Werte der Niereninsuffizienz auf Grund klinischer Erfahrungen. Ungar. med. Presse, Nr. 13—15, 1898.

[54]) Derselbe: Ueber den diagnostischen Wert der Niereninsuffizienz auf Grund klinischer Erfahrungen. Pester med.-chir. Presse, Nr. 50—52, 1898.

[55]) H. Strauß: Bedeutung der Kryoskopie für die Diagnose und Therapie von Nierenerkrankungen. Berlin. Verlag Leonhard Simion Nf., 1904.

[56]) Koeppe: Zur Kryoskopie des Harnes. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 28, 1901.

[57]) Derselbe: Physikalische Diagnostik der Nierentätigkeit. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 45, 1903.

[58]) Claude et Balthazard: La cryoscopie des urines. Paris. J. B. Baillière et fils, 1900.

[59]) O. Moritz: Ueber den klinischen Wert von Gefrierpunktsbestimmungen. St. Petersburger med. Wochenschr., Nr. 22 u. 23, 1900.

[60]) Roeder: Die Gefrierpunktserniedrigung nephritischen Harnes und ihre Deutung auf dem Wege des Verdünnungsversuches. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 19, 1903.

[61]) v. Korányi: Bemerkungen zur vorstehenden Arbeit, ibidem, 1903.

Digitized by Google

[62]) Sabbatini: Détermination du point de congélation des organes animaux. Journal de physiologie et de pathologie générale, 1901.

[63]) Blanck: Kryoskopie tierischer Organe unter besonderer Berücksichtigung der Gefrierpunktsbestimmung der Nieren. Virchows Archiv, Bd. 174, H. 2, 1903.

[64]) Tuchmann: Die Diagnose der Blasen- und Nierenkrankheiten mittels der Harnleiterpinzette. Berlin. A. Hirschwald, 1887.

[65]) Ebermann: Verschluß der Ureteren durch Instrumente zu diagnostischen Zwecken. St. Petersburger med. Wochenschr., Nr. 19, 1876.

[66]) Pawlik: Ueber Harnleitersondierung beim Weibe und ihre praktische Verwendung. Wien. med. Presse, Nr. 44 ff., 1886.

[67]) Derselbe: Ueber Sondierung der Harnleiter beim Weibe. Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 33, 1886.

[68]) Fenwick: Suction of the male ureters. The Lancet, 1886, zitiert nach Adrian.

[69]) Adrian: Die diagnostische Bedeutung des Ureterkatheterismus. Zentralbl. f. d. Grenzgebiete der Medizin u. Chirurgie, Bd. 5, 1902.

[70]) Casper: Handbuch der Zystoskopie. Leipzig. Verlag Georg Thieme, 1898.

[71]) Cathelin: Le cloisonnement vésical et la division des urines. Application au diagnostic des lésions rénales. Paris. J. B. Baillière et fils, 1903.

[72]) v. Illyés: Der Ureterkatheterismus im Dienste einiger neuerer Methoden der Nierendiagnostik. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 61.

[73]) Schede: Verletzungen und Erkrankungen der Nieren und Harnleiter. Handbuch der praktischen Chirurgie von Bergmann-Bruns-Mikulicz, Bd. 3, Teil 2. Stuttgart. Ferdinand Enke, 1901.

[74]) Grünfeld: Die Endoskopie der Harnröhre und Blase. Deutsche Chirurgie, Lief. 51, 1881.

[75]) Kelly: Diverse Arbeiten, zitiert nach Adrian, Schede und Wagner.

[76]) Neumann: Eine einfache Methode, den Urin beider Nieren beim Weibe gesondert aufzufangen. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 43, 1897.

[77]) Harris: A new device for obstaining the urine separately from the two kidneys in either sex. Medicine IV, 1898. (Zitiert nach Wagner.)

[78]) Freudenberg: Der Downes'sche Harnsegregator („Separate-Urine Siphon"). Berl. klin. Wochenschr., Nr. 42, 1900.

[79]) Lambotte: Étude sur la taille du rein. Annales de médecine et de chirurgie du Cercle d'études médicales de Bruxelles, 1891.

[80]) Hock: Ueber die Methoden, den Harn jeder Niere gesondert aufzufangen. Prager med. Wochenschr., Nr. 40—42, 1903.

[81]) Nicolich: L'instrument de Downes. Verhandlungen der Association d'urologie, Paris, 1901.

[82]) Keydel: Die intravesikale Trennung des Urins beider Nieren. Münch. med. Wochenschr., Nr. 35, 1903.

[83]) Hermans: La division des urines par cloisonnement vésical. Annales du service de Dermatologie, de Syphiligraphie et d'Urologie, Bruxelles, Hôpital St. Pierre, Nr. 1, 1904.

[84]) Nitze: Entwicklung und heutiger Stand der Zystoskopie. Die deutsche Klinik, Bd. 10, Lieferung 16, 1901, wie zahlreiche andere Arbeiten.

[85]) Holländer: Ueber den diagnostischen Wert des Ureterenkatheterismus für die Nierenchirurgie. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 34, 1897.

[86]) Casper: Entgegnung auf den Aufsatz Holländers. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 38, 1897.

[87]) Derselbe: Nierentod, Niereninsuffizienz und funktionelle Nierenuntersuchung. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 25, 1903.

[88]) Derselbe und Richter: Ueber funktionelle Nierendiagnostik. Kurze Mitteilung. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 29, 1900.

[89]) Albarran: Un nouveau cystoscope urétéral. Bericht über den Moskauer Kongreß 1897. Moskau 1899.

[90]) Derselbe und Imbert: Les tumeurs du rein. Paris, Masson et Cie., 1903.

[91]) Israel: Diskussion zu dem Vortrage Casper: Therapeutische Erfahrungen über den Ureterenkatheterismus. Sitzungsbericht der Berliner medizinischen Gesellschaft vom November 1898. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 49 u. 50, 1898.

[92]) Kapsammer: Ueber Ureterenkatheterismus und funktionelle Nierendiagnostik. Wien. klin. Wochenschr., Nr. 51, 1903.

[93]) Kümmell: Die Grenzen erfolgreicher Nierenexstirpation und die Diagnose der Nephritis nach kryoskopischen Erfahrungen. Arch. f. klin. Chirurgie, Bd. 67, 1902.

[94]) J. Cohn: Kann der Harnleiterkatheterismus durch Harnsegregatoren ersetzt werden? Berl. klin. Wochenschr., Nr. 16, 1903.

[95]) Van Poel: Ueber Ureterenkatheterismus. New-York medical Journal, 16. April 1904.

[96]) Margulies: 200 Fälle von Katheterismus der Ureteren. Monatsber. f. Urologie, Bd. 8, H. 8, 1903.

Digitized by Google

[97]) Bransford Lewis: Ureter-Katheterismus: Its Purposes and practicability. Annals of surgery Nr. 1, 1903. Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases 1900.

[98]) Voelcker und Joseph: Funktionelle Nierendiagnostik ohne Ureterenkatheter. Münch. med. Wochenschr., Nr. 48, 1903.

[99]) Hofmeier: Fränkische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Referat in Münch. med. Wochenschr., Nr. 10, 1904.

[100]) Kapsammer: Ueber den Wert der Indigokarminprobe für die funktionelle Nierendiagnostik. Wien. klin. Rundschau, Nr. 6, 1904.

[101]) Voelcker und Joseph: Chromozystoskopie. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 15 u. 16, 1904.

[102]) Karo: Zur Frage der funktionellen Nierendiagnostik. Monatsber. f. Urologie, Bd. 9, H. 1, 1904 und Münch. med. Wochenschr., Nr. 3, 1904.

[103]) Nicolich: Un procédé très simple pour obtenir dans quelques cas la séparation de l'urine des deux reins. Annal. des maladies des organes génito-urinaires, Nr. 2, 1904.

[104]) Friedrich Strauß: Zur funktionellen Nierenuntersuchung. Untersuchungen über Physiologie und Pathologie der Nierenfunktion. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8 u. 9, 1902.

[105]) Derselbe: Zur Diagnostik der physiologischen und pathologischen Nierenfunktion. Arch. f. klin. Chirurgie, Bd. 68, 1902.

[106]) Fjodorow: zitiert nach Kapsammer.

[107]) Kapsammer: Ueber Kryoskopie und reflektorische Polyurie. Wien. klin. Wochenschr., Nr. 4, 1904.

[108]) Bujnewitsch: Zur Theorie der Harnbildung. Die kryoskopische Methode in der Diagnostik der Nierenerkrankungen. Russ. med. Rundschau, H. 6 u. 7, 1903.

[109]) Nagelschmidt: Ueber alimentäre Beeinflussung des osmotischen Druckes des Blutes bei Mensch und Tier. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 42, 1901.

[110]) Marischler: zitiert nach v. Illyés-Kövesi.

[111]) v. Illyés und Kövesi: Der Verdünnungsversuch im Dienste der funktionellen Nierendiagnostik. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 15, 1902.

[112]) Zangemeister: Ueber Verwertung der Gefrierpunktserniedrigung des Harnes zur Beurteilung der Nierenfunktion. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 49, 1903.

[113]) Hugh H. Young: Ueber einen Fall von doppelten Nierenbecken und Ureter bifidus. Katheterisation des gesunden Teiles. Fehldiagnose. Tod nach der Operation. Monatsber. f. Urologie, Bd. 8, H. 10, 1903.

[114]) Strubell: siehe oben Nr. 42.

[115]) Engelmann: Beiträge zur Lehre von dem osmotischen Drucke und der elektrischen Leitfähigkeit der Körperflüssigkeiten. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie. Bd. 12, S. 396, 1903.

[116]) Derselbe: Die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit von Körperflüssigkeiten. Münch. med. Wochenschr., Nr. 41. 1903.

[117]) Bickel: Zur Lehre von der elektrischen Leitfähigkeit des menschlichen Blutserums bei Urämie. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 28, 1902.

[118]) Roth: Elektrische Leitfähigkeit tierischer Flüssigkeiten. Beiträge zur Kenntnis der molekulären Konzentrationverhältnisse derselben. Virchows Arch., Bd. 154, H. 3, 1898.

[119]) Loewenhardt: Elektrische Leitfähigkeit des Urins und funktionelle Nierendiagnostik. XXXI. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1902.

[120]) Bouchard: zitiert nach Casper-Richter.

[121]) H. Senator: Die Diagnostik der Krankheiten und der Leistungsfähigkeit der Nieren. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 21 und 22, 1903.

[122]) V. Mering: Ueber Diabetis mellitus. Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 14, 1888, Bd. 16, 1889.

[123]) Minkowski: Untersuchungen über den Diabetes mellitus nach Exstirpation des Pankreas. Arch. f. experimentelle Pathol. und Pharmakol., Bd. 31, H. 2, 1893.

[124]) Zuntz: Zur Kenntnis des Phloridzindiabetes. Berliner physiologische Gesellschaft, 5. Juli 1895. Arch. f. Anatomie u. Physiologie, physiol. Abteilung, 1895.

[125]) de Dominicis: Phloridzindiabetes und Nierenpermeabilität. Wien. med. Wochenschr., Nr. 20, 1903.

[126]) Biedl und Kolisch: Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin in Wiesbaden 1900.

[127]) Lewandowsky: Zur Kenntnis des Phloridzindiabetes. Arch. f. Anatomie u. Physiologie. Physiolog. Abteilung, 1901.

[128]) O. Loewi: Untersuchungen zur Physiologie und Pharmakologie der Nierenfunktion.

Digitized by Google

Arch. f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie, Bd. 48, 1902; derselbe ibid. Bd. 50, 1903.

[129]) Knopf: Beiträge zur Kenntnis der Phloridzindiabetes. Arch. f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie, Bd. 49, 1903.

[130]) Cloetta: Ueber die Beziehungen zwischen Funktionsleistung der Niere und Albuminurie bei der akuten Nephritis. Arch. f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie, Bd. 48, 1902.

[131]) James Israel: Ueber funktionelle Nierendiagnostik. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie, Bd. 11, 1902.

[132]) Casper und Richter: Was leistet die funktionelle Nierendiagnostik? Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie, ibidem.

[133]) James Israel: Ueber die Leistungsfähigkeit der Phloridzinmethode. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie, ibidem.

[134]) Göbell: Ein Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik. Münch. med. Wochenschr., Nr. 46, 1903.

[135]) Kapsammer: Nierenchirurgie und funktionelle Diagnostik. Wien. klin. Wochenschr., Nr. 28, 1904.

[136]) Derselbe: Fünf geheilte Fälle von Nieren- und Blasentuberkulose. Wien. klin. Wochenschr., Nr. 16, 1904.

[137]) Hofmann: Ein Beitrag zur Nephrektomie und Diagnostik der Nierentuberkulose. Wien. klin. Wochenschr., Nr. 13, 1904.

[138]) Korányi: Zur Methodik der funktionellen Nierendiagnostik. Zentralblatt f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane, Bd. 11, H. 10, 1900.

[139]) Kövesi: Ueber die Bestrebungen auf dem Gebiete der Nierendiagnostik. Ungar. med. Presse, Nr. 16, 1901.

[140]) Wagner: Die Grenzen der Nierenexstirpation. Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane, Bd. 8, 1897.

[141]) E. Herszky: Zur Diagnostik in der Nierenchirurgie. Med. Blätter, Nr. 1, 1902.

[142]) Derselbe: Nierenabszeß und Perinephritis. Eine zusammenfassende Studie. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie, Bd. 6, Nr. 1—6, 1903.

[143]) Schede: Die neuesten Bestrebungen auf dem Gebiete der Nierenchirurgie. Therapie d. Gegenwart, H. 5, 1903.

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Ueber die Wirkung des Natrium salicylicum auf den Harnapparat. Von Dr. E. Knecht. (Aus der inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Johannstadt in Dresden. Vorstand: Dr. Schmaltz.)

Angeregt durch die Beobachtungen Prof. Lüthjes, denen zufolge nach Gebrauch von Salizyl in den für den Menschen üblichen Dosen regelmäßig eine nicht unerhebliche Reizung der gesamten Harnwege, speziell auch der Nieren eintritt, hat Vf. 40 Fälle daraufhin untersucht, wie der Harnapparat von der Salizylsäure beeinflußt wird, in dem Gedanken, daß möglicherweise örtliche Verschiedenheiten obwalten könnten. Das Ergebnis seiner Untersuchungen ist folgendes:

Von 40 Fällen, die Natrium salicylicum erhielten, ließen sich nur bei 7 geringfügige, mit Wahrscheinlichkeit von dem Arzneimittel herrührende Reizungserscheinungen des Harnapparats nachweisen, die sich kundgaben durch das Auftreten vereinzelter Zylinder, während sich nur bei drei von ihnen Eiweißspuren fanden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22, 1904.) Laub.

Ueber perkutane Kampheranwendung, speziell bei Lungentuberkulose. Von Dr. Walther Koch. (Aus der med. Universitäts-Poliklinik Freiburg i. B. Direktor: Hofrat L. Thomas.)

Veranlaßt durch die Mitteilungen Alexanders über die günstige Beeinflussung der Lungentuberkulose durch subkutane Injektionen von Oleum camphoratum, hat Vf. seit fünf Jahren den Kampher bei der Behandlung dieser

Digitized by Google

Krankheit versucht und ist mit den erzielten Resultaten recht zufrieden gewesen. Wenn auch dieses Mittel nicht als Spezifikum gerühmt werden kann, so erscheint es doch nach Ansicht des Vf. als mächtiges Adjuvans bei der Behandlung der Lungentuberkulose. Die Anwendungsart war ursprünglich die von Alexander angegebene: an vier aufeinander folgenden Tagen Injektionen von 1·0 g Ol. camphor., dann zehn Tage Pause, nach diesen wieder Injektionen.

Die Erfolge waren folgende: Die Temperatur sank auf die Norm und blieb längere Zeit normal, der Auswurf vermehrte sich in den ersten Tagen bei bedeutend leichterer Entleerung, das lästige Schwitzen nachts hörte fast immer auf und blieb in vielen Fällen auch ganz fort, der Appetit hob sich, das Körpergewicht nahm zu, fast alle Patienten rühmten die Besserung des Schlafes.

Während bei Patienten im dritten Stadium wohl Remissionen, aber selbstverständlich keine Dauerresultate erzielt wurden, verzeichnet Vf. bei Kranken im zweiten und insbesondere im ersten Stadium volle Erfolge.

Statt der Injektionen versuchte Vf. mit demselben Erfolge die perkutane Applikation in einer Dosierung, die der der Injektion möglichst entsprach. Er wählte, da mit der Verflüchtigung des Kamphers gerechnet werden muß, den Prozentsatz der Einzeldosis so, daß ungefähr 0·4 auf eine Einreibung kam.

Er ließ nach vielen Versuchen bei der Fabrik Döhrens in Hannover eine Salbe herstellen, die unter dem Namen Präparalidin käuflich ist und überaus rasch durch die Haut durchgeht. Die Anwendungsart ist so, daß von dem Inhalte der Zinntube zu 20 g an fünf auf einander folgenden Tagen je ein Fünftel in die Haut eingerieben wird, und zwar am ersten Tage ein Arm, am zweiten der andere, am dritten und vierten die Oberschenkel abwechselnd, am fünften der Rücken.

Die expektorierende Wirkung des Kamphers veranlaßte Vf., denselben auch bei Emphysem und Bronchitis zu versuchen. Die Wirkungen entsprachen den Beobachtungen bei Tuberkulose. Zuerst massenhafter Schleimabgang bei erleichterter Entleerung, dann allmähliches Versiegen.

Erwähnt sei noch eine Beobachtung des Vf., nach der Stillstand einer Hämoptoe nach einer Einreibung auftrat. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18, 1904.)

Laub.

Versuche über Diurese, insbesonders über die Wirkung des Theocinum natrium aceticum. Von Dr. J. Meinertz. (Aus der inneren Abteilung des städt. Krankenhauses zu Charlottenburg. Dirig. Arzt: Prof. Grawitz.)

Vf. hat ein neues Theocinpräparat, das ein Doppelsalz aus gleichen Molekülen Theocinnatrium und Natriumazetat darstellt, das Theocinum natrium aceticum, bei einer Reihe von Kranken versucht und ist zur Ueberzeugung gekommen, daß die günstige Wirkung des neuen Präparats in geeigneten Fällen selten versagt. Die eigentliche Domäne des Mittels scheinen die Stauungserscheinungen, speziell Oedeme und Hydrops, aus kardialen Ursachen zu sein. Ferner hat Vf. den Eindruck gewonnen, daß eine gewisse Höhe des Blutdruckes zum Zustandekommen seiner Wirkung notwendig und daher in vielen Fällen die Kombination mit Digitalis zu empfehlen ist.

Was die Verträglichkeit des Theocin. natr. acet. betrifft, so scheinen weit weniger üble Nebenwirkungen aufzutreten als bei dem älteren Theocin, Erbrechen und Uebelkeit sind einigemale vorgekommen, meist aber bei auch sonst vorhandener Brechneigung. Sonstige üble Nebenwirkungen sind nicht beobachtet worden. — (Therap. Monatsh., H. 6, 1904.)

Laub.

Die Erkrankungen des Mastdarmes. Von Prof. Schmitt, München.

Aus der dem Praktiker bestens empfohlenen Monographie des Münchener Klinikers sei in dem Folgenden das Kapitel über eine der häufigsten Mastdarmerkrankungen, die dem Arzte in der täglichen Praxis begegnet, die Hämorrhoiden, auszugsweise wiedergegeben.

Digitized by Google

Da die Diagnose der Hämorrhoiden bei genauer Untersuchung kaum auf Schwierigkeiten stößt, will Ref. mit Rücksicht auf den ihm zur Verfügung stehenden Raum nur über die Behandlungsnachweise des Vf. Mitteilung machen.

Bei der Behandlung sind alle reizenden Abführmittel zu vermeiden; prompt und milde wirken Rizinusöl, Rhabarber, Tamarinden, salinische Abführmittel; ab und zu ist mit den Mitteln zu wechseln, um den Darm nicht zu verwöhnen; milde Klystiere, besonders mit Olivenöl, Glyzerin, lauwarmem Wasser sind daneben oft unentbehrlich. In die allererste Linie zu stellen ist aber die Beeinflussung der Obstipation durch sorgsame Regelung der Diät, durch reichliche Bewegung, Turnen, Gymnastik, durch Anwendung gewisser mediko-mechanischer Apparate, Bauchmassage, Bäder (Voll- und kühle Sitzbäder, letztere besonders unmittelbar vor dem Schlafengehen und nach dem Aufstehen). Gründliche Reinigung nach jeder Defäkation — am besten mit Abwaschung — und sorgsame Behandlung etwa vorhandener Ekzeme durch Puder, Salben, in die Crema ani eingelegte Oelläppchen u. s. w. sind selbstverständliche Dinge.

Ferner empfiehlt Vf. die Anwendung der sogenannten Hantelpessare, kleiner, 5—6 cm langer, aus Hartgummi in der Form der Turnerhanteln hergestellter Instrumente, die mit irgend einer Salbe (z. B. Vaselin 20·0, Cocain. mur. 0·5, eventuell mit Zusatz von Tannin 0·5) eingefettet in den After geschoben werden und anfangs einige Stunden, bald einen großen Teil des Tages, oft auch über Nacht liegen bleiben; die Patienten gewöhnen sich rasch daran und werden auch im Sitzen und Gehen kaum davon belästigt. Diese Form des Pessars eignet sich für innere und äußere Hämorrhoiden, sie üben einen länger dauernden sanften Druck aus, durch welchen die Knoten leer gehalten und die inneren Hämorrhoiden am Prolabieren verhindert werden.

Stärkere Schmerzen bei äußeren Hämorrhoiden sind fast immer durch Entzündung bedingt. Wegen der Gefahr der Thrombose und des Fortschreitens der Entzündung auf die Nachbarschaft müssen die Patienten wenigstens für einige Tage Bettruhe halten; Anwendung der Eisblase, Applikation von Stuhlzäpfchen (mit Opium 0·02 oder Morphium 0·02) sind zuweilen nützlich und notwendig. Oft wirkt günstig Bestreichung der schmerzhaften äußeren Hämorrhoiden mit Ichthyol. pur. Hat sich die Entzündung von thrombosierten äußeren Hämorrhoiden aus weiter verbreitet, soll nicht mit der Inzision der vereiterten Knoten und ihrer Nachbarschaft gezögert werden.

Bei Blutungen aus inneren Hämorrhoiden Ruhe, Eisblase gegen den After, Eiswasserklystiere, besonders aber Tamponade des Mastdarmes mit Jodoformgaze, die am besten durch ein Spekulum eingeführt wird. Zuweilen ist es aber nötig, die blutende Stelle eventuell in Narkose freizulegen und mit dem Paquelin'schen Brenner zu verschorfen. Bei häufigeren leichten Blutungen empfehlen sich wiederholte Klystiere mit 1—2%igen Tannin- oder Alaunlösungen.

Prolabierte innere Hämorrhoiden müssen stets sofort reponiert werden; die Reposition kann durch Bepinselung der Knoten mit 5%iger Kokainlösung, durch ein kühles Sitzbad wesentlich erleichtert werden. Tritt der Prolaps sehr häufig auf, ist die Reposition schwierig, weisen starke Schmerzen auf Entzündung und Thrombose hin, dann soll besonders bei inneren Hämorrhoiden mit der Operation nicht gezögert werden. — (Würzb. Abhandl. a. d. Geb. d. prakt. Med., Bd. 4, H. 1, 1904.)

Laub.

Die Behandlung der Fissura ani. Von Dr. M. Katzenstein in Berlin.

Vf. ist seit längerer Zeit mit Erfolg bemüht gewesen, die Fissura ani und ihre Folgeerscheinungen medikamentös zu behandeln. Folgendes war dabei zu berücksichtigen:

1. Die in der Fissur liegenden Nervenendigungen mußten abgestumpft werden.

2. Der Krampf des Sphinkters mußte schwinden. Nur dann war die Heilung der Fissur möglich.

Kokain macht die Fissur unempfindlich, große Dosen von Extractum Belladonnae heben den Krampf auf und das desinfi-

Digitized by Google

zierende und die Oberfläche der Fissur glättende Ammonium sulf.-ichtyolicum bringt die Fissur zur Heilung.

Rp.	Extr. Bellad.	0·5
	Cocain. mur.	0·05
	Ammon. sulf.-ichtyol. ad	6·0

M. D. S. Vor dem Gebrauch erwärmen und umschütteln.

Dabei ist es wesentlich, wie man das Medikament auf die Mastdarmschleimhaut appliziert.

Es wird ein kleines Stückchen Watte zu einem stricknadeldicken Faden aufgewickelt und in die etwas angewärmte Mischung eingetaucht. Der in Seitenlage befindliche Patient hebt die obere Hinterbacke etwas an, und durch Betastung der den Anus umgebenden Haut, die schmerzhaft ist, wo sie der Fissur gegenüberliegt, stellt man fest, wo die Fissur gelegen ist. Hat man z. B. gefunden, daß sie sich an der vorderen Kommissur befindet, dann legt man den imprägnierten Wattefaden an die entgegengesetzte Seite und schiebt nun vorsichtig an der hinteren Mastdarmwand entlang mit einer feinen Knopfsonde den Wattefaden in den Mastdarm ein. Das geschmeidige halbflüssige Ichtyol dringt in alle Schleimhautbuchten vor und gelangt so zur Fissur. Die Folge der ersten Einführung ist schon ein Gefühl wesentlicher Besserung. Die Watte bleibt fünf Minuten liegen und wird eventuell vom Patienten durch das außerhalb liegende Ende entfernt, oder bleibt bis zur nächsten Stuhlentleerung liegen, die meist schmerzlos erfolgt. 8—14 Tage täglich ein- bis zweimalige Applikation des Belladonnakokainichtyol führt zur vollkommenen Hebung der Beschwerden. Regulierung des Stuhles, Verabreichung von Sitzbädern beugen dem Neuauftreten dieses hartnäckigen schmerzhaften Leidens vor. — (Die Therapie d. Gegenw., Bd. 12, 1903.) F. L.

Ueber die Behandlung der Malaria mit subkutanen Chininjnjektionen. Von Dr. P. M. Newajdomski.

Vf. hat sich einer 50%igen Lösung des Chininum bimuriaticum bedient, durch welche sich bei einer Injektion von 1 cm³ 0·5 g des Mittels einführen läßt, welches rasch diffundiert und in das Blut übergeht.

Rp.	Chinin. bimuriatic.	10·0
	Aq. dest.	20·0

Die Lösung ist schwach sauer und bedingt infolge ihrer starken Konzentration einen brennenden Schmerz, der aber bald verschwindet. Zur Verringerung dieses Schmerzes empfiehlt es sich, zu der Lösung eine geringe Quantität Morphium hinzuzusetzen.

Rp.	Chinin. bimuriatic.	10·0
	Morph. muriatic.	0·1
	Aq. dest.	20

Die Lösung soll nicht tiefer als in das Unterhautzellgewebe eingeführt werden, am besten in der Gegend des M. deltoideus und des M. pectoralis major.

In Anbetracht des verschiedenartigen klinischen Verlaufes, besonders der ästivo-autumnalen Malariaformen, ist es schwer, die Gesamtzahl der Injektionen im voraus festzusetzen. Bei regelmäßigen intermittierenden Formen vermag die energische Injektionsbehandlung die Anfälle zu kupieren, welche weniger andauernd, weniger intensiv werden und deutlich in tägliche Anfälle zerfallen. Die Injektion in der Schüttelfrost- oder Hitzeperiode führt zu Schweißausbruch oder Temperaturerniedrigung, die zweite Injektion, am Abend zu geben, läßt den Temperaturaufstieg kürzer werden, wobei die Temperatur außerdem die frühere Höhe nicht mehr erreicht. Werden nach Abschluß des Anfalles 4 bis 5 Injektionen gemacht, und bekommt der Patient hierauf innerlich Chinin neben allgemeiner tonisierender Behandlung, so werden die Periode der Apyrexie verlängert und die sich neu entwickelnden Anfälle merklich abgeschwächt.

Die kupierenden Eigenschaften der Chininjnjektionen sind außer Zweifel. Sie setzen bedeutend die Mortalitätsziffer herab und bessern die Prognose. Die Beobachtungen zeigen, daß akute fieberhafte Malariaformen unvergleichlich leichter der spezifischen Behandlung zugänglich sind,

Digitized by Google

daß der Erfolg der Therapie von der energischen Einwirkung auf die Parasiten abhängt, so daß die Injektionsmethode nicht nur unter exklusiven Bedingungen, nämlich in den Tropen, sondern auch im gemäßigten Klima bei sporadischen Fällen, namentlich wenn diese einen chronischen Verlauf nehmen, indiziert ist. — (Allg. med. Zentr.-Ztg. Nr. 3, 1904.) F. L.

Physikalische Therapie.

Ueber das kombinierte Lichtheilverfahren.

Von Dr. Kummnig.

Das Licht hat nicht nur auf Pflanzen- und Tierwelt, sondern auch auf den Menschen und sowohl auf dessen physische Kraft, als auch auf sein psychisches Leben einen bedeutenden Einfluß. Diesem Umstand verdanken wir die Einführung der Sonnenbäder auch in die Therapie. Die Möglichkeit, Sonnenbäder zu erzielen, ist nicht allezeit vorhanden. So kam man darauf, elektrische Lichtbäder zu konstruieren.

Zwei Arten elektrischen Lichtes werden zu medizinischen Heilzwecken benutzt — das Glühlicht und das Bogenlicht; das erstere liefert hauptsächlich Wärmestrahlen, mäßig Farbstrahlung, daher auch die Wärmewirkung im Vordergrund steht; das Bogenlicht enthält außer Wärmestrahlen starke Farbstrahlung und ist an blauen, violetten und ultravioletten Strahlen reich, sie allein werden als die chemisch wirksamen in der Lichttherapie anerkannt und ihnen speziell wird die bakterizide Wirkung bei den verschiedensten Erkrankungen der Haut zugeschrieben. Während die Glühlichtbäder meist als Schwitzbäder benutzt werden, kommt den Bogenlichtbädern die hohe Bedeutung zu, einen beruhigenden Einfluß auf die Herztätigkeit, auf das Nervensystem auszuüben und in hohem Grade anregend auf den Stoffwechsel zu wirken. Die Temperatur im Bogenlichtbad ist stets niedriger als die im Glühlichtbad und es gehört fast die doppelte Zeit dazu, im eventuellen Falle eine Wärmewirkung zu erzielen. Puls und Atemfrequenz sind ebenfalls in dem erstgenannten Bade nur um ein Geringes erhöht; von unangenehmen Nebenwirkungen, die zuweilen bei den Glühlichtbädern beobachtet werden, ist im Bogenlichtbad nie etwas zu konstatieren gewesen.

Beide Lichtarten vereint oder auch jede einzeln werden in der Lichttherapie in Anwendung gebracht und in dieser Weise sind auch die neuesten Lichtkasten konstruiert; handelt es sich um Fälle, wo eine milde Beeinflussung des elektrischen Lichtes ohne ausgiebige Schweißproduktion indiziert ist, da wird dem Bogenlichte der Vorzug gegeben, ist dagegen eine sehr starke Anregung des Stoffwechsels, eine ausgiebige Transspiration erforderlich, wie wir sie bei Rheumatismus, Gicht, Verfettung und anderen konstitutionellen Krankheiten erwünschen, da tut man gut, beide Lichtarten zu kombinieren. In den letzten Jahren ist das von Dr. Below in die Praxis eingeführte kombinierte Lichtheilverfahren als ein wesentlicher Fortschritt in der Lichttherapie allseits anerkannt, welches darin besteht, daß mit den vollen Lichtbädern die örtliche Bestrahlung der erkrankten Körperteile verbunden wird; die Erfahrung hat gelehrt, daß das Licht tiefer in die Haut dringt und die örtliche Wirkung der chemischen Strahlen intensiver ist, wenn sie einen schwitzenden Körper treffen; das kombinierte Verfahren wirkt sicher und führt in all den Fällen zum erwünschten Resultat, wo die einfachen Lichtbäder oder die örtliche Bestrahlung allein nicht den nötigen Effekt hervorgerufen.

Bei allen rheumatischen, gichtischen und den verschiedensten neuralgischen Erkrankungen, bei Diabetes, Malaria, veralteter Lues, bei Nierenleiden und Krankheiten der Harnwege hat das kombinierte Verfahren stets gute Resultate zu verzeichnen gehabt; bei Lungenleiden, wie bronchialem Asthma, Emphysem, veralteten Katarrhen der Luftwege verdient dieses Verfahren angewandt zu werden; bei den Hauterkrankungen, Furunkulosis, Akne und den mannigfaltigen Ekzemen ist dieses Verfahren der einfachen Lichtbehandlung vorzuziehen: durch eine stärkere Transspiration werden die schädlichen Stoffe aus dem Körper geschafft

Digitized by Google

und durch die bakterientötende Wirkung des Bogenlichtes endgiltig vernichtet.

Die Farbe des Lichtes spielt bei den Hautkrankheiten eine wesentliche Rolle; während die blaue Farbe beruhigend auf das Nervensystem und auf die Psyche wirkt, rot dagegen reizend, haben diese Farben bei Krankheiten der Haut, speziell beim Ekzem, eine ganz entgegengesetzte Wirkung. Auch das sogenannte „kalte Licht" nimmt in der Lichttherapie eine bedeutende Stelle ein; die Behandlung des Lupus nach der Finsen'schen Methode besteht eben in der Konzentration starken Bogenlichtes mit Ausschaltung der Wärmestrahlen durch Bergkrystallinsen und Durchleitung derselben durch Schichten von Methylenblau oder Kupfervitriollösungen.

Durch die elektrische Lichtbehandlung ist das Gebiet der physikalischen Heilmethoden wesentlich erweitert; die Erforschungen auf diesem Gebiete sind keine geringen, die Resultate, die dabei erzielt werden, vortreffliche. Die elektrischen Lichtbäder sind, schon als schweißerzeugende Mittel, allen anderen bisher bekannten vorzuziehen, denn sie greifen die Herztätigkeit weniger an, wirken schneller und intensiver und werden selbst von geschwächten Personen gut vertragen; die erfolgreichste aller Methoden ist das kombinierte Lichtheilverfahren, denn es ermöglicht uns, die allgemeine Behandlung mit der lokalen zu vereinen. — (St. P. M. W. Nr. 46, 1903; Bl. f. klin. Hyd. Nr. 3, 1904.) Dr. Buxbaum.

Ueber die Wirkung geringgradiger Kältetraumen auf granulierende Wunden, zugleich ein therapeutischer Beitrag. Von Dr. Stiasny.

Die Behandlung von granulierenden Wunden und Ulcera cruris durch geringe Kälteeinwirkungen wurde von Fuerst empfohlen, der im Tierexperiment sowie am Menschen zeigte, daß die Epithelregeneration bei granulierenden Defekten durch systematisch angewandte, kurz dauernde Kälteapplikation beschleunigt werde. Dr. Werner hatte das Fuerst'sche Verfahren auf der chirurgischen Klinik in Heidelberg versucht und damit in manchen Fällen gute Resultate erzielt. Beide gingen in der Weise vor, daß die Wunde resp. das Ulkus durch eine dicke Vaselinschichte gedeckt wurde, darauf mittels eines Zerstäubungsapparats ein Aetherspray erzeugt, der das Vaselin und die oberflächlichen Hautschichten zum Gefrieren brachte. Dieses Verfahren wurde in kürzeren Intervallen wiederholt, bis Heilung erfolgte. Vf. hat an einem teils klinischen, teils ambulatorischen Material von 42 Fällen diese Behandlungsmethode mit geringen Modifikationen einer Prüfung unterzogen und gelangt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlußfolgerungen: Die Heilung granulierender normaler Wunden ließ sich durch die Kälteanwendung im günstigen Sinne beeinflussen, nicht nur die Heilungsdauer wurde dadurch abgekürzt, es wurde auch das Epithel im Ueberschuß gebildet und die Stärke des neugebildeten Epithels war eine so bedeutende, daß nach Heilung des Defekts eine Unterscheidung vom umgebenden Gewebe kaum möglich war.

Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt auch Vf. die Kälte bei granulierenden Wunden hauptsächlich traumatischen Ursprunges als ein gutes therapeutisches Unterstützungsmittel. Dagegen kann nach Vf. die Kälteanwendung bei Ulcera cruris als ein sicheres und verläßliches Heilmittel nicht angesehen werden, wenn auch dieselbe in manchen Fällen von Nutzen sein kann und gute Dienste zu leisten imstande ist. Je nach der Größe und Tiefe, je nach der Aetiologie und dem Stadium, in welchem sich das Ulkus befindet, je nachdem die Ränder kallös sind oder nicht, wird man in vielen Fällen von der Kälteanwendung absehen müssen, oder dieselbe in Kombination mit anderen Mitteln gebrauchen, um zu einem Resultat zu gelangen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 8, 1904.) Dr. Buxbaum.

Zur Hydrotherapie bei Psychosen. Von W. Alter.

Dreierlei Prozeduren wendet A. an; Kurbäder (prolongierte lauwarme Vollbäder mit oder ohne allmählich erfolgende Abkühlung), Dauerbäder von 12 Stunden bis zu mehreren Tagen

Digitized by Google

Dauer und Ganzpackungen. Die Kurbäder kommen hauptsächlich in Anwendung bei Schlaflosigkeit, bei Exazerbationen der Paranoiker, bei hysterischen Psychosen, bei paralytischen Remissionen. Die Dauerbäder leisten vorzügliche Dienste bei Aufregungs- und Angstzuständen aller Art, des weiteren bei Bekämpfung des Dekubitus. Die Einpackungen können in vielen Fällen vikariierend für die erstgenannten Badeformen eintreten, kontraindiziert sind sie nur bei gewissen schweren halluzinatorischen Angstzuständen und bei agitierten Melancholien.

Der Hauptvorteil einer ausgedehnten Anwendung der Hydrotherapie bei Psychosen läßt sich in folgende zwei Punkte zusammenfassen: 1. eine Isolierung der Geisteskranken wird dadurch fast in allen Fällen überflüssig, da die Einwirkung hydrotherapeutischer Prozeduren, namentlich der Dauerbäder, eine derartig nachhaltige ist, daß unsoziale, unruhige und unsaubere Elemente zu umgänglichen, ruhigen Kranken umgewandelt werden; 2. durch die hydriatischen Anwendungen kann der Gebrauch von medikamentösen Schlafmitteln, die sonst in der Psychiatrie eine so große Rolle spielen, erspart oder doch auf ein Minimum beschränkt werden. Es braucht wohl nicht erst darauf hingewiesen zu werden, welche große Bedeutung diesen Tatsachen für die gesamte Irrenpflege zukommt. Aber nicht nur symptomatisch wirken die genannten Prozeduren wohltätig ein, auch der ganze Verlauf mancher Psychosen, so namentlich des manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins, wird durch sie günstig beeinflußt.

Was nun die theoretische Erklärung dieser günstigen Einwirkung der Bäder und Packungen betrifft, so kann sie in der Abhaltung äußerer Reize allein nicht gefunden werden, wenn diesem Punkte auch eine große Bedeutung dabei zukommt. Vielmehr spielt dabei eine wichtige Rolle die Beeinflussung des Gefäßsystems durch jene Prozeduren; sowohl die Bäder wie die Packungen in der geschilderten Form setzen die Intensität der Herzaktion herab und bewirken Blutdruckerniedrigung, wie Alter nachweisen konnte; eine Folge dieser Wirkungen auf die peripheren Arterien ist offenbar eine Anämisierung des Gehirnes. Bemerkt sei weiter, daß Vf. fand, daß es auch bei den Packungen zu wesentlicher Temperaturerhöhung der Haut nicht kommt, daß also diese Prozedur nicht durch Wärmestauung wirkt. Was die Beeinflussung der nervösen Leistungen durch die Bäder und Packungen betrifft, so steigt im Bade zunächst die elektrische Erregbarkeit der Haut, um dann in prolongierten und in Dauerbädern allmählich abzusinken. Der Tastsinn sinkt sowohl in Bädern wie in Packungen deutlich ab, ebenso die motorische Muskelkraft, was für die ermüdende Wirkung dieser Prozeduren spricht. Auch ihren Einfluß auf die psychischen Leistungen hat der Vf. geprüft; er fand, daß diese Beeinflussung sich weniger in einer primären Herabsetzung der Erregbarkeit als vielmehr in einer Erhöhung der Ablenkbarkeit und der Disposition für suggestive Einflüsse kund tut. — (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther., H. 2, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Ueber die Behandlung von chronischen Gelenksaffektionen mittels physikalischer Heilmethoden. Von L. Brieger und A. Laqueur.

In Frage kommen wesentlich die wärmezuführenden und die wärmestauenden Prozeduren, welche vieles Gemeinsame in ihren Eigenschaften besitzen, so die schmerzlindernde, die hyperämisierende und die sekretionssteigernde Wirkung, während die Steigerung der Stoffwechselvorgänge nur den wärmestauenden Prozeduren zugute kommt. Die wärmestauenden Prozeduren wurden seit langer Zeit gegen den chronischen Gelenksrheumatismus angewendet, dagegen ist die Einführung der wärmezuführenden Prozeduren, insbesondere der lokalen Heißluftbäder, erst neueren Datums. Wenig Beachtung hat bei der Therapie der in Frage stehenden Erkrankungen eine der mächtigsten wärmestauenden Prozeduren, der heiße Dampfstrahl, gefunden.

Digitized by Google

Von rein praktischem Gesichtspunkte aus nehmen die Vf. bei der Mitteilung ihrer Fälle folgende Klassifizierung des chronischen Gelenksrheumatismus vor: Sie unterscheiden den subchronischen, die eigentliche chronische Polyarthritis rheumatica, sowie die Omarthritis sui generis. Angewandt wurden als allgemeine wärmezuführende Prozeduren Glühlicht- und Heißluftbäder, als allgemeine wärmestauende heiße Vollbäder, als lokale wärmezuführende lokale Heißluftbäder mittels der Bier'schen und Krause-schen Apparate, als lokale wärmestauende die heiße Dampfstrahldusche. Allen Prozeduren folgte Massage mit aktiven und passiven Bewegungen der Gelenke nach. Sehr günstige Resultate mit allgemein wärmestauenden Prozeduren wurden in vier Fällen von subchronischem Gelenkrheumatismus, mit der Dampfstrahldusche in fünf Fällen von chronischem Gelenksrheumatismus, in mehreren Fällen Omarthritis und Arthritis gonorrhoica erzielt. — (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. Nr. 1, 1904.) Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Zur Radikaloperation der Leistenhernien mittels der Peritonealverschlußmethode. Von Oberarzt Dr. C. Hofmann.

Vf. vertritt die Ansicht, daß die Herstellung normaler Verhältnisse am Peritoneum bei der Radikaloperation von Hernien die größte Bedeutung besitzt. Es muß an Stelle der trichterförmigen Oeffnung, die zum Bruchsack führt, die normale flache Fovea inguinalis interna hergestellt werden. Man erreicht dies am besten dadurch, daß man den Bruchsack bis zum Uebergang in das Peritoneum parietale bloßlegt und an der Uebergangsstelle von innen eine Tabaksbeutelnaht anlegt. Nach Abbinden und Abtragen des Bruchsackes spannt sich das parietale Peritoneum an der Abbindungsstelle mit einer kleinen knopfförmigen Vorwölbung.

Zur größeren Sicherheit des Verschlusses führt Vf. dann eine Stütznaht aus Silberdraht aus, und zwar in der Weise, daß der Obliquus internus und die Fascia transversa (zwischen den auseinandergewichenen Gebilden des Samenstranges) und das erweiterte Leistenband in eine Ringnaht gefaßt werden.

Wie man den weiteren Gang der Operation gestaltet, bleibt nach Ansicht des Vf. gleichgiltig; der Erfolg ist derselbe, ob man den Leistenkanal nach Bassini vernäht oder ihn gar nicht schließt oder schließlich mit 2—3 gewöhnlichen Nähten die Gebilde aneinanderbringt.

Die Erfahrungen des Vf. erstrecken sich auf 100 Fälle, die per primam heilten. In keinem einzigen Falle hat die Naht entfernt werden müssen, sie blieb als dauernde Stütze für das Peritoneum. Die sorgfältige Asepsis und das ausschließliche Operieren mit Instrumenten ohne direkte Berührung der Wunde mit den Fingern scheinen diese günstigen Resultate herbeigeführt zu haben. — (Zentralbl. f. Chir., Nr. 19, 1904.) E.

Ueber Operationen unter unmittelbarer Leitung der Röntgen-Strahlen. Von Prof. Perthes.

Vf. hat seinerzeit zur Erleichterung der Auffindung von metallischen Fremdkörpern die Methode der „Fremdkörperpunktion" angegeben, bei welcher eine Nadel unter Leitung der Röntgen-Strahlen auf den Fremdkörper eingestoßen wird und hier als Wegweiser liegen bleibt. Da aber während der Ueberführung des Patienten in das Operationszimmer die Nadel sich verschieben kann, hat Vf. die Einrichtung getroffen, im Röntgen-Zimmer selbst bei gewöhnlicher elektrischer Beleuchtung die Entfernung des Fremdkörpers ausführen zu können, während der Patient in der früheren Lage ruhig verbleibt.

Zu diesem Behufe ist es notwendig, daß der Operateur selbst, ohne daß die Asepsis seiner Hände gestört wird, imstande ist, die Verdunkelung des Raumes zu bewerkstelligen, das Röntgen-Licht einzuschalten und den Fluoreszenzschirm vorzuhalten. Dies geschieht an einem vom Vf. konstruierten Tisch durch drei Pedale.

Die Operation gestaltet sich folgendermaßen: Die desinfizierte, anästhesierte

Digitized by Google

und blutleer gemachte Extremität wird auf den vom Vf. konstruierten Operationstisch gelegt. Der Operateur bestimmt bei Röntgen-Licht die Lage des Fremdkörpers, schaltet dann das elektrische Licht ein und macht den Hautschnitt; nach erneutem Uebergang zum Röntgen-Licht faßt er den Fremdkörper und extrahiert ihn dann wieder bei elektrischem Licht.

Die Hände und der Unterkörper des Operateurs sind durch Bleiplatten gegen die schädliche Einwirkung der Röntgen-Strahlen geschützt. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 18, 1904.) E.

Stichschnittwunde des linken Vorhofes. Herznaht. Heilung. Von Dr. O. Kapeller.

Vf. teilt einen sehr seltenen Fall von Verletzung des Vorhofes, der durch rasches operatives Eingreifen geheilt wurde, mit. Es handelte sich um einen 42jährigen Mann, der sich in selbstmörderischer Absicht mehrere Stiche in die Brust beibrachte. Die Brustwunden bluteten bald nach der Verletzung sehr wenig, der Puls war voll. Drei Stunden nach der Verletzung konnte bereits Hämatothorax konstatiert werden. Von nun an verschlechterte sich der Zustand des Patienten; die Herzdämpfung war nicht bedeutend vergrößert; anläßlich einer Untersuchung in sitzender Stellung trat aus einer Wunde eine heftige Blutung von zirka 600 cm^3 Blut ein, worauf der Patient kollabierte.

Da es sich also um eine lebensgefährliche Blutung handelte, die nach der Richtung des Stoßes und der Lage der Wunde möglicherweise aus einer Wunde des Herzens stammen konnte, wurde sofort eine ausgiebige temporäre Resektion der linken Brustwand vorgenommen. Vor allem wurde eine $1^1/_2$ cm lange Schnittwunde des Herzbeutels konstatiert, aus der es stoßweise blutete. Nach Erweiterung der Wunde im Perikard fand sich am linken Vorhofe eine 1 cm lange Schnittwunde, aus der sich während der Diastole stoßweise ein dünner Strom hellroten Blutes ergoß, während die Blutung bei der Systole stockte. Das Anlegen der ersten Naht verursachte einige Schwierigkeiten, dann gelang die Naht leicht. Während der Naht wurde weder eine Verlangsamung noch eine Unterbrechung der Herzbewegungen konstatiert. Naht des Perikards und der Hautwunde.

Patient erholte sich bald nach der Operation, bekam aber am zweiten Tage einen schweren Herzkollaps, der auf mehrere Kampherinjektionen sich besserte. Das Herz funktionierte von jetzt ab tadellos. Hingegen kam es noch nachträglich zu einer Vereiterung des Pleurahämatoms; nach einer Rippenresektion mit Drainage der Pleura trat Heilung ein. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 72, H. 4—6.) E.

Ueber postoperative Propfung von Echinokokkenzysten. Von O. Madelung.

Die neueren Methoden der Echinokokkenoperationen, die in einem Operationsakt vollständige Ausräumung des Zysteninhaltes mit nachfolgender Vernähung der Zyste und Versenkung des Organs in die Bauchhöhle besorgen, bringen in hohem Grade die Gefahr mit sich, daß lebensfähige Echinokokkenkeime in die Bauchhöhle gelangen und sich hier zu frischen Zysten entwickeln können.

Einen solchen Fall von Pfropfung des Echinokokkus anläßlich der Operation hat Vf. beobachtet. Bei einem Patienten, der zwei Jahre früher eine Echikokkenoperation durchgemacht hatte, fanden sich in der Operationsnarbe zwei zystische Tumoren, deren einer, nach Aussage des Patienten, bereits drei Wochen nach der Operation sich zu entwickeln anfing. Die Zysten wurden entfernt und erwiesen sich als Echinokokkenblasen.

Zur Vermeidung solcher Rezidiven rät Vf., nach dem Vorschlage Dévés — nach Bloßlegung der Zyste und Entleerung eines Teiles des Inhaltes mittels Punktion — in die Zyste eine geringe Menge einer 1‰igen Sublimat- oder 1%igen Formollösung einzuspritzen und durch 5 Minuten in der Zyste zu lassen. Während dieser Zeit werden alle Keime abgesondert und die Zyste kann dann entleert werden, ohne daß die Gefahr einer Pfropfung von Keimen bestehen würde. — (Mitteil. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir., Bd. 13, H. 1.) E.

Digitized by Google

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Uterusruptur bei Eklampsie und Zwillingen; Leibschnitt; Heilung. Von A. v. Guérard.

Vf. berichtet über eine 38jährige IV.-Gebärende, welche stark ödematös war und seit einer Stunde schwere eklamptische Anfälle hatte, die auf feuchte Einwicklungen und größere Morphiumdosen etwas geringer wurden. Die Temperatur betrug 38·5, die Pulsfrequenz 120, im Urin befand sich 15‰ Albumen. Bei der Untersuchung fand sich die Frucht in Querlage mit in den zweimarkstückgroßen Muttermund eingepreßter Schulter. Die kindlichen Herztöne deutlich hörbar und frequent. Während eines stärkeren eklamptischen Anfalles fand großer Fruchtwasserabgang statt mit gleichzeitigem Kollaps. Es wurde die Wendung und Extraktion der unterdessen abgestorbenen Frucht vorgenommen, worauf infolge Plazentarverhaltung eine Blutung eintrat. Bei der daraufhin vorgenommenen Plazentarlösung fand die eingeführte Hand die Uterushöhle leer und gelangte bei der Verfolgung der Nabelschnur in eine rechts neben dem Uterus gelegene Höhle, aus welcher die Nachgeburt entfernt wurde, bei deren Untersuchung sich ergab, daß an ihr noch eine zweite Nabelschnur inseriere. Bei der Verfolgung der letzteren stieß man auf einen zweiten mazerierten, ungefähr siebenmonatlichen Fötus, welcher ebenfalls extrahiert wurde. Diese Umstände führten zur Annahme, daß es sich um eine Uterusruptur handeln müsse, und wurde bei einer Temperatur von 40·1 und Pulsfrequenz von 160 die Laparotomie ohne Narkose ausgeführt. Nach eröffneter Bauchhöhle zeigte sich ein langer Riß des Uterus und der Vagina. Die rechts neben dem Uterus gelegene große Höhle wurde durch die völlig entfalteten Blätter des Ligament. latum und zum Teile von seiner Unterlage abgelöstem Bauchfell gebildet. Der Uterusriß wurde bis zur Zervix vernäht, durch den Zervixriß die gewisse Höhle tamponiert, die Bauchhöhle durch Vernähen des Peritoneums allseits geschlossen. Pat. wurde nach 5 Wochen geheilt entlassen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38, 1903.) Königstein.

Die Therapie bei Abort. Von E. Eckstein.

Vf. bespricht in der sehr lesenswerten, mit großem Fleiße zusammengestellten Arbeit, sich auf die Literatur der letzten zehn Jahre stützend, eingehend das Verfahren zahlreicher Autoren und vergleicht damit sein eigenes, gestützt auf eine zehnjährige praktische Erfahrung. Vf. legt auf die lege artis-Behandlung des Abortus aus dem Grunde so großen Wert, weil in derselben die Verhütung einer großen Zahl von Frauenkrankheiten gelegen ist. Die Hauptfolgekrankheiten nach Abortus sind: 1. der vernachlässigte puerperale Zustand, der zu Retroversioflexio, Subinvolutio und Endometritis führen kann; 2. die Retention von Eiteilen oder Secundinaeteilen, die zu Endometritis decidualis und dem Deciduoma malignum führen kann. Vf. befürwortet die instrumentelle Behandlung des Abortus, weil: 1. die kleinsten Eiteile und so das oft erkrankte Endometrium, resp. die Decidua vera mit entfernt wird; 2. ein mechanischer Reiz auf den Uterus ausgeübt wird, so daß sich dieser energisch zusammenzieht. Vf. empfiehlt auch bei Abortus putridus Kurettage mit leichter Intrauterintamponade. Zum Schlusse spricht Vf. den berechtigten Wunsch aus, der leider in der Praxis undurchführbar ist, daß Aerzte, die mit Infektionskrankheiten oder infizierten Wunden zu tun hatten, die Behandlung des Abortus nicht angehen sollen. — (Stuttgart. F. Enke, 1902.) Königstein.

Beitrag zur Therapie verschleppter Querlagen. Von W. Latzko.

Vf. berichtet über 6 Fälle von Embryotomie, die er während seiner zwölfjährigen geburtshilflichen Praxis wegen verschleppter Querlage vorzunehmen genötigt war. Er bediente sich hiebei eines Verfahrens, das sich eigentlich als nichts anderes als eine erweiterte Ausbildung der Simpson'schen Spondylotomie erweist und in einer transversalen Zweiteilung des Embryo mittels der Klettermethode

Digitized by Google

besteht. Der Verlauf der Operation ist folgender: Der Thorax wird an den im Orifizium sich präsentierenden Stellen mit zwei neben einander eingeharkten Muzeuxzangen gefaßt und der Thorax zwischen denselben eröffnet, der Schnitt soweit als möglich erweitert, Herz und Lunge mit einer Kornzange entfernt. Unter kletterndem Nachfassen der Zangen an den Wundrändern wird der Einschnitt gegen die Wirbelsäule hin allmählich verlängert. Ist man an der Wirbelsäule angelangt, so wird dieselbe mittels Schere durchtrennt. Daraufhin läßt sich der Kindeskörper in die Vagina herabziehen und nun wird unter weiterer Anwendung der Klettermethode der Thorax gänzlich durchtrennt. Hierauf wird die untere Körperhälfte reponiert, dann die Extraktion vorerst der oberen und dann der unteren Körperhälfte vorgenommen. Das Verfahren kann in jedem Falle von verschleppter Querlage in Anwendung gezogen werden, sowohl bei hohem als auch bei tiefem Stande der Schulter, und bietet weiters folgende Vorteile: 1. Es entfällt die Einführung der Hand in die ohnehin überdehnte Zervix; 2. die drohende Uterusruptur wird beseitigt durch die vorausgeschickte Volumsverringerung der Frucht; 3. die mit dem Kinde vorgenommenen Bewegungen sind gering; 4. die Entfernung des zurückbleibenden Schädels mit ihren Gefahren entfällt; 5. kann von Vornahme einer Narkose abgesehen werden. Selbstverständlich wird man bei leicht erreichbarem Kopfe die Dekapitation vornehmen, weil sie kürzer und bequemer ist. In jenen Fällen jedoch, wo bei drohender Uterusruptur und bei tiefstehender Schulter der Hals schwer zu erreichen ist, wird die transversale Zweiteilung der Frucht mit Hilfe der Klettermethode gewiß gute Dienste leisten und ist entschieden als eine Bereicherung der geburtshilflichen Therapie zu bezeichnen. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 27, 1901.)

Königstein.

Symphyseotomie und Kaiserschnitt. Von A. Martin.

Vf. berichtet über eine I.-Gebärende, welche ein mäßig gerade verengtes Becken aufwies. Die Conjugat. diagonalis betrug 11·0 cm. Infolge ungewöhnlicher Härte trat der Kopf trotz energischer Wehentätigkeit nicht ins Becken. Da die Temperatur stieg und die Pulsfrequenz der kindlichen Herztöne auf 160 kam, so entschloß sich Vf. zu einem Zangenversuch in Walcher'scher Hängelage, welcher jedoch mißlang, weshalb zur Symphyseotomie geschritten werden mußte. Trotzdem die Symphyse nach der letzteren um zirka 5 cm klaffte, gelang auch jetzt die Extraktion mit der Zange nicht, obgleich bei den Traktionen beide Hüftkreuzbeingelenke gesprengt wurden. Es wurde aus diesem Grunde die Sectio caesarea mit Fundalschnitt vorgenommen wobei ein asphyktisches Kind gewonnen wurde, welches nicht wiederbelebt werden konnte. Die Laparotomiewunde wurde in 3 Etagen durch fortlaufende Katgutnaht, das Symphysenperiost durch zwei Knopfnähte vereinigt. Das Becken wurde durch eine straff angezogene Wochenbettbinde zusammengeschoben. Die Heilung erfolgte glatt. Der erste Gehversuch fand am 20. Tage statt und konnte Pat. nach einiger Zeit ohne irgendwelche Behinderung ihrer Beschäftigung nachgehen. Bei der Sektion der Frucht fand man eine ausgedehnte Absprengung des hinten gelegenen Scheitelbeines und größere intrameningeale Blutung. Anschließend an diesen Fall beleuchtet Vf. in kritischer Weise die verschiedenen bei Beckenenge einzuschlagenden Wege und bekennt sich als ein überzeugter Anhänger der artifiziellen Frühgeburt bis ungefähr zur 36. Schwangerschaftswoche. Ist dieser Zeitpunkt versäumt, dann ist die prophylaktische Wendung am Platze, falls die Frucht noch beweglich ist und der Kopf voraussichtlich die Fähigkeit besitzt, sich zu konfigurieren. Man kann auch versuchen, die Zange am hochstehenden Kopf anzulegen, unter Umständen in Walcher'scher Hängelage. Führt auch das nicht zum Ziele, dann bleibt schließlich noch die Symphyseotomie. Allerdings zeigt der vorliegende Fall, daß mit derselben noch nicht unbedingt die Ueberwindung des Mißverhältnisses zwischen Kopf und Becken erreicht wird. Vf. rät

Digitized by Google

daher, zu derselben nur dann zu greifen, wenn der Kopf bereits in den Beckeneingang getreten ist oder zumindest von oben hineingepreßt werden kann, womit die Möglichkeit erwiesen ist, daß er bei einer Erweiterung des Beckenringes um 6 cm dann auch wird durchgeführt werden können. Wenn diese Voraussetzung nicht gegeben ist, so ist Vf. der Ansicht, die Sectio caesarea vorzunehmen, wenn man ein lebendes Kind gewinnen will. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42, 1903.) Königstein.

Urologie.

Ueber eine Modifikation der aseptischen Katheterein führung. Von Swiatecki.

Zur Vermeidung der Berührung eines Katheters am vesikalen Ende durch die Finger des Operateurs, respektive des Selbstkatheterisierenden, macht S. den Vorschlag, den Katheter mittels ausgekochter anatomischer Pinzette einzuführen, so zwar, daß man den Katheter mit zwei oder drei Fingern am Pavillonende erfaßt, hierauf befettet, mit der Pinzette in der Nähe der Spitze ergreift, einführt und weiterschiebt. Benützt man eine lange gynäkologische Pinzette, so soll das Verfahren selbst von Patienten mühelos erlernt werden. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 7, 1904.) Rich. Grünfeld.

Fünf geheilte Fälle von Nieren- und Blasentuberkulose. Von Kapsammer.

Krankengeschichten von fünf Fällen, darunter der in der Gesellschaft der Aerzte in Wien vorgestellte (in diesem Zentralblatte referiert). Vf. erbringt mit denselben den klinischen Beweis für seine auf Grund experimenteller Untersuchungen aufgestellten Behauptungen, insbesondere die reflektorische Polyurie nach Katheterismus der Ureteren; aber auch sonst ergeben sich neue Gesichtspunkte in der Symptomatologie, Diagnostik und Therapie des bislang als Nolimetangere betrachteten Krankheitsbildes. Wenn sich schon aus fünf Fällen neue Lehrsätze aufstellen lassen, ist wohl anzunehmen, daß wir in diesem Kapitel noch nicht ganz klar sehen, jeder Beitrag daher zu begrüßen ist.

In erster Reihe fällt das Mangeln subjektiver Symptome seitens der Nieren bei den Erkrankten auf, dagegen das Vorherrschen der Blasenbeschwerden: Harndrang, Intoleranz der Blase gegen jederlei Eingriff, auch gegen die zystoskopische Untersuchung. Man findet sowohl Ulzerationen in der Blase, die sich durch die Deszendenz der infektiösen Prozesse erklären, als auch Blasenrenitenz ohne nachweisbare Ursache. Von den sonstigen Symptomen ist weiters der häufige Wechsel zwischen klarem und trübem Harn auffällig, nach K. verursacht durch vorübergehende Stenosen des miterkrankten Ureters. Auch mechanische Momente können hiebei eine Rolle spielen; so findet man bisweilen den Nachtharn, bezw. den frühmorgens gelassenen, trübe, während der Tagharn völlig klar wurde. In der horizontalen Lage soll sich der Eiter in den Kavernen senken, um bei Lagewechsel ins Nierenbecken, und sodann weiter trübe abzufließen. Obliteriert späterhin der erkrankte Ureter vollkommen, dann bekommt man wieder nur den klaren Harn der gesunden Seite zu Gesichte, während sich an der kranken eine tuberkulöse Pyonephrose entwickle. Diese Täuschung kann bei dem fast immer fieberlosen Verlaufe der Nierentuberkulose oft verhängnisvolle Folgen haben. Wendet man dann nicht die modernen funktionell-diagnostischen Methoden an, dann geht eventuell die Chance einer radikalen Heilung verloren. Bezüglich dieser Methoden bringt K. seine originellen Beobachtungen zur Geltung. Abgesehen von dem ja allgemein geläufigen Nachweis von Tuberkelbazillen im Harne, dem Impfversuch am Tiere, der die Natur der Erkrankung aufdeckt, ist nur mit Hilfe des zystoskopischen Sondierens der Ureteren, und zwar womöglich beider Harnleiter, der Sitz der Erkrankung und die Suffizienz der gesunden Niere zu konstatieren. Aber auch die einfache Zystoskopie kann schon bei Vorhandensein von Ulzerationen um den einen Ureter den Verdacht auf die gleichseitige Niere lenken; will man nun, wie es bis in die jüngste Zeit hin Regel war, bei Verdacht auf Blasentuberkulose überhaupt keine zystoskopische Untersuchung vor-

Digitized by Google

nehmen, dann liegt die Gefahr vor, den geeigneten Termin zu verpassen, was der Patient eventuell mit dem Leben bezahlen muß. K. scheut sich bekanntlich nicht, ermutigt durch die Erfolge seiner prophylaktischen Sublimatinstillationen, auch den gesunden Ureter zu sondieren, um durch gesondertes Urinauffangen einen präzisen Ueberblick über den Status jeder Niere zu gewinnen. Auch die neue Chromozystoskopie von Voelcker und Joseph wird von ihm entsprechend verwertet, desgleichen die Casper-Richter'sche Phloridzinprobe und die Methylenblauausscheidung. Die Kryoskopie leistet ihm wegen der eingangs erwähnten reflektorischen Polyurie nicht die gewünschten Dienste.

Bezüglich der Therapie erscheint die gegenüber anderen Autoren abweichende Beobachtung des Vf., daß Lapisinstillationen bei Tuberkulose ganz gut vertragen werden, bemerkenswert. Ebenso ist die Idee, die Blasentuberkulose schon vor der Nephrektomie durch lokale Behandlung mit Sublimat und Guajakoljodoform auszuheilen, plausibel; K.'s diesbezügliche Erfolge sprechen für sich. Daß auch der erkrankte Ureter womöglich im gesunden mitgenommen wird, ist schon wegen des Mißverhältnisses, das zwischen der Schwere des Prozesses in der Niere und im Ureter bestehen kann (vgl. den hier referierten Fall) einwandfrei. Die Nephrektomie ist eben heute nicht mehr auf so schwanke Basis gestellt, wir tappen nicht mehr im finstern, sondern sehen klar, gewiß ein ungeheuerer Fortschritt der letzten Jahre. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 16, 1904.)

Hautkrankheiten.

Zur Finsen-Behandlung der Vitiligo. Von D. W. Montgomery.

Ein 19jähriger, kräftiger Mann zeigt eine ausgebreitete Vitiligo, die im 5. Lebensjahr ihren Anfang nahm. Dyspeptische Erscheinungen begleiteten die Entwicklung der Läsion. Neun Sitzungen mit Finsen-Licht, wobei singuläre Herde des Gesichtes und der Hände je zehn Minuten hindurch exponiert wurden, bewirkten einen totalen Rückgang der Erscheinung. Dieser Effekt muß in seiner kurativen Bedeutung umso eher glaubwürdig erscheinen, als ja unter dem Einflusse des Lichtes die Entwicklung von Pigment nicht zu den seltenen Beobachtungen gehört. Immerhin gestattet ein Einzelbefund kaum zur Vertretung der These, daß sich die Lichtbehandlung auch auf diese Anomalien methodisch zu erstrecken hat. — (The Journ. of Cut. dis., Jänner 1904.) N.

Mitteilungen über Lichtbehandlung nach Dreyer. Zur Theorie der Sensibilisierung und Prüfung einiger Sensibilisatoren. Von Dr. Ludwig Halberstaedter.

Durch die Entdeckung Dreyers, tierische Gewebe durch Zusatz von Erythrosin für die gelborangen und gelbgrünen Strahlen des Spektrums empfindlich zu machen, ist es möglich geworden, Infusorien, Bakterien und tierische Texturen in einen Zustand zu versetzen, in welchem sie auf die stark penetrierenden, aber normaler Weise auf dieselben so gut wie unwirksamen Strahlen des roten Spektralendes ebenso reagierten, wie sie dies sonst auf die Strahlen des blauen Endes taten. Da die Strahlen des roten Spektralendes eine sehr erhebliche Penetrationskraft besitzen, sind dieselben zur Hervorrufung tiefreichender und energischer Wirkung in bakterizider und entzündungserregender Hinsicht besonders geeignet und dürften in der Therapie noch eine hervorragende Rolle spielen.

Mit der Erklärung der bei der Sensibilisierung von Organismen und tierischen Geweben auftretenden Erscheinungen, hat sich nun Vf. eingehend beschäftigt und hiebei in Analogisierung mit dem photochemischen Verhalten der Silbersalze manch wertvolle Anhaltspunkte zu gewinnen gewußt.

Die von Eder verlangte Bedingung, daß die Sensibilatoren die Körpermoleküle direkt färben müssen, dürfte nach H.s Prüfungen an lebenden Zellen nicht erforderlich sein. Bei den Versuchen, Infusorien mit Erythrosin zu sensibilisie-

Digitized by Google

ren, fällt zunächst auf, daß sich dieselben in der Lösung nicht sichtbar färben. Die gleiche Reaktion ist gegenüber Eosin und Chinolinrot zu vermerken. Ebenso erscheinen auch die lebenden Gewebszellen bei der Sensibilisierung ungefärbt, da die erwähnten Sensibilatoren keine vitale Färbung geben. Erst in dem Moment, in dem die sensibilisierten Infusorien bei der Belichtung sterben, färben sich dieselben, desgleichen erst die abgestorbenen Gewebszellen.

Aus der Reihe der Sensibilatoren hat Vf. neben dem Erythrosin das Eosin, Chinolinrot, Cyanin, Alizarinblaubisulfid, Aethylrot und Arthochrom T. auf ihre physiologische Wirksamkeit geprüft. Dabei zeigte sich, daß einige für Silbersalze sehr geeignete Sensibilatoren, wie Cyanin, Aethylrot etc. sich als unbrauchbar für lebende Organismen erweisen. Von allen optischen Sensibilatoren ist das absolut indifferente und unschädliche Erythrosin von kräftigster Wirksamkeit. — (Münch. med. Woch. Nr. 14, 1904.) N.

Ueber die jüngste Blatternepidemie in Amerika. Von Dr. W. Th. Corlett.

Ein interessanter Rückblick auf die in den Vereinigten Staaten seit 1898 aufgetretenen, regionär nach Intensität und Ausbreitung wechselnden Variola-Epidemie. Während in Boston und New-York die Verlaufsweise eine sehr schwere mit hoher Mortalität einhergehende war, zeigte die Seuche in Philadelphia einen äußerst milden Charakter. Im Staate Ohio boten die Exantheme ein derart modifiziertes Aussehen dar, daß die Natur des Leidens Monate hindurch nicht die richtige Deutung erfuhr und vielfach zur Aufstellung einer neuen Type Anregung bot, die unter der Marke „Cuban Itch" Beschreibung fand. In Literatur und Fachvereinigungen war viel von der „neuen Krankheit" zu vernehmen, während dessen die Epidemie unbeschränkt ihre Kreise zog, und in der Folge unzählige Opfer forderte.

Vf. hatte hiebei Gelegenheit, umfassende Studien anzustellen und namentlich atypisch Erscheinungsformen in allen Phasen der Invasion und Eruption photographisch festzuhalten. Die glänzend reproduzierten Aufnahmen liefern vorzüglich eine plastische Exposition der malignen Verlaufsweise der Variola. In solchen Fällen war es im Gesicht und an den Händen frühzeitig zu konfluierenden Formen gekommen. Prophylaktisch war von dekongestionierenden Umschlägen viel zu erreichen. Therapeutisch hatten Sublimatwaschungen einigen Erfolg. Hauptsächlich aber war bei Ausschaltung der aktinischen Strahlen ein milder, von tiefergreifender Narbenbildung verschonter Verlauf zu konstatieren. — Brith. Journ. of Derm. March 1904.) N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Zur Frage der Vererbung der Syphilis. Von H. Napp.

Daß unter Umständen die Kinder von mit florider Syphilis behafteten Vätern gesund zur Welt kommen und gesund bleiben, ist durch eine nicht geringe Zahl von genauen Beobachtungen erhärtet; gemeint sind hier jene Fälle, in welchen die Väter rezente Syphilis aufweisen, aber eine Infektion der Mütter trotzdem nicht stattfindet. Diese Beobachtungen würden das Gesetz von der paternen Vererbung der Syphilis sehr in Frage stellen, wenn sie die Regel und nicht etwa die Ausnahme bildeten.

Der Autor selbst, der mit Matzenauer die paterne Vererbung verwirft, glaubt nun durch eine Reihe (4) eigener Beobachtungen, in welchen die obige Voraussetzung zutrifft, dieser Ansicht neues Beweismaterial zuführen zu müssen. Wie erwähnt, handelt es sich in allen Fällen um rezente mit floriden, höchst ansteckungsfähigen Symptomen verlaufende Syphilis des Vaters. Daß die Mütter nicht infiziert wurden, beweise eben, daß bei Syphilis alles möglich sei.

An diese Fälle reiht der Autor weitere drei (der vierte zählt wohl nicht), wo rezent syphilitische Mütter gesunde und ge-

Digitized by Google

sund bleibende Kinder gebären. Bei zweien dieser Mütter gehen allerdings im Verlauf der Schwangerschaft wiederholte und ausgiebige Schmierkuren vor sich, so daß vielleicht hierin der Grund zu suchen wäre, weshalb die Kinder verschont blieben, im dritten Fall aber setzt die Therapie bei der, wie der Autor annimmt, 4—5 Monate ante partum infizierten Frau erst unmittelbar vor der Geburt ein, und die Plazenta erwies sich bei der Geburt als krank; hier fehlt dem Autor die Erklärung. Trotz der geschilderten Vorkommnisse kommt der Autor nicht etwa zu dem Schlusse, bei rezenter Syphilis die Ehe zu gestatten, sondern empfiehlt, zumindest drei Jahre nach der Infektion oder ein Jahr nach den letzten Symptomen verstreichen zu lassen. Weiters seien während der ganzen Zeit halbjährig Präventivkuren unbedingt angezeigt; die gleiche absolute Indikation gebe die gravide Luetica ab; denn nur durch solch therapeutisches Vorgehen sei man imstande, Plazentarerkrankungen zu verhüten und zu heilen. — (Arch. f. Derm. u. Syph. LXX. 2). D.

Das Syphilisserum von Dr. Paulsen (Hamburg). Von L. Waelsch.

Der im Blute sekundär Syphilitischer auffindbare Pseudodiphtheriebazillus, den Autor als Erreger der Syphilis anspricht, gab ihm das Material zur Herstellung eines schwächeren und stärkeren Serums, von denen das erstere durch subkutane, das letztere durch intravenöse Immunisierung eines Pferdes gewonnen wurde. Diese Sera sollten an der Klinik Pick in Prag nachgeprüft werden, wenngleich nach den vorausgegangenen Arbeiten Vfs. den genannten Bazillen sicherlich jede ätiologische Bedeutung abgeht.

Das Serum erwies sich als vollkommen keimfrei und steril, jedenfalls aber mußten der therapeutischen Anwendung beim Menschen einige Tierversuche vorausgehen, zumal da P. selbst die hervorragende Pathogenität seines Bazillus (sollte wohl heißen Serums Ref.) für Meerschweinchen hervorgehoben hatte. Die Ueberprüfung ergab in der Tat, daß schon geringe Mengen des Serums die damit geimpften Meerschweinchen zugrunde gehen ließen. Deshalb wurde von jedem therapeutischen Versuche beim Menschen abgestanden. Diese Motivierung Ws. scheint nicht sehr stichhältig, und zwar darum nicht, weil die Versuche an Kaninchen wieder gezeigt hatten, daß das Serum hier anscheinend sich ganz indifferent verhielt.

Tatsächlich berichten Paulsen und Appel, wie W. zum Schlusse noch ausführt, in einer neuen Publikation über 14 Fälle von Syphilis, in welchen sie bei Anwendung ihres Serums nie eine Schädigung der betreffenden Individuen gesehen, höchstens manchmal eine leichte Temperatursteigerung und lokal etwas Rötung und Schwellung. Allerdings scheinen aber die therapeutischen Erfolge, „wenn auch ein günstiger Einfluß unverkennbar war", nicht hervorragend, da die Autoren sich gezwungen sahen, doch im Interesse der Patienten zur Quecksilberbehandlung überzugehen, weil die Besserung eine zu langsame war. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. LXX. 3.) D.

Kinderheilkunde.

Die angeborene Pylorusstenose der Säuglinge. Von Ernst Schotten.

Was die Therapie der Krankheit anbelangt, führt Vf. folgendes aus:

Da nach den gegebenen Untersuchungen die Natur des Leidens noch nicht absolut sicher feststeht, da jedenfalls die Möglichkeit, daß hauptsächlich ein Spasmus die Stenose bedingt, nicht ausgeschlossen werden kann, und da man in praxi bis jetzt es keinem Falle von vornherein ansehen kann, wie sein Verlauf sein wird, so wird man — in Anbetracht der großen Gefahren einer schweren Bauchoperation — in jedem Falle es zunächst mit einer inneren Behandlung versuchen.

Zunächst kommt in Betracht das Regime, das von Heubner vorgeschlagen ist, der sich auf so glänzende, damit erreichte Resultate berufen kann: die Kinder dreistündlich trinken zu lassen, soviel

Digitized by Google

sie wollen, sie ruhig brechen zu lassen, da auf diese Weise einerseits Ueberfüllung und Stauung verhütet werde, anderseits doch immer ein gewisses Quantum im Magen bleibe, außerdem dreimal täglich Breiumschläge, jedesmal zwei Stunden lang, alle halbe Stunde erneuert, und mehrmals täglich einige Tropfen Baldriantinktur mit einer Spur Opium ($^1/_{10}$—$^1/_{20}$ Tropfen der Tinctura opii simplex) zu geben, die Entleerung des Dickdarms durch hohe Eingießungen von lauem Wasser zu bewirken. An diese Verordnungen schließen sich die von Pfaundler gemachten Vorschläge an, prolongierte Bäder, Anodisierungen, Narkotika lokal als krampfstillende Mittel anzuwenden. Will man nicht in dieser Weise vorgehen, so wäre jedenfalls die Ernährung so einzurichten, daß Reizungen der vielleicht übermäßig reizbaren Schleimhaut vermieden und etwa vorhandene oder sich bildende Reizmomente möglichst beseitigt werden. Man hätte die Ernährung, möglichst an der Brust der Mutter oder einer guten Amme zu regeln, Ueberfüllung des Magens zu vermeiden, bezw. ihr durch regelmäßige Ausheberungen entgegenzutreten und durch Spülung schädliche Nahrungsreste häufig fortzuschaffen. Eventuell wäre ein etwa vorhandener und nachgewiesener Ueberschuß von Salzsäure durch Alkalien (Karlsbader Mühlbrunnen oder Vichy) zu neutralisieren oder man könnte in solchen Fällen die stärker säurebindende Vollmilch oder auch abgerahmte oder gelabte Milch nach v. Dungern darreichen. Auch Malz- oder Liebig'sche Suppe käme in Betracht.

Entschließt man sich wegen der Hartnäckigkeit des Zustands zu einem chirurgischen Eingriff, so kommt, namentlich wenn man einen krampfhaften Verschluß des Pförtners für das Wesentlichste hält, eine instrumentelle Dehnung des Pylorus vom Magen aus, nach Eröffnung desselben (Loretta'sche Operation), analog der Dehnung des Sphinkter ani bei Sphinkterkrampf u. s. w., in Frage, wie sie bei angeborener Pylorusstenose zuerst von Nicoll, in einem zweiten Falle von Meinhard Schmidt, beidemale mit günstigem Erfolg ausgeführt worden ist, eine Operation, mit der sich nach M. Schmidts Angabe auch Pfaundler einverstanden erklärt hat.

Oder aber man entscheidet sich für eine Gastroenterostomie, wodurch nicht nur momentan und dauernd das durch eine etwaige anatomische Pylorusenge gesetzte Passagehindernis umgangen würde, sondern durch welche auch wahrscheinlich, falls ein Krampf im Spiele ist, durch Wegfall des immer wiederkehrenden Reizes der Ingesta auf die Pylorusschleimhaut eine Lösung des Krampfes eintreten müßte. Es würden in letzterem Falle alsdann den Ingesta zwei Wege offen stehen, der natürliche, wieder passierbar gewordene und der künstliche durch die neu hergestellte Verbindung zwischen Magen und Darm. Man darf sich aber nicht verhehlen, daß, abgesehen von den unmittelbaren und mittelbaren sehr großen Gefahren der Operation und der dazu nötigen Narkose, auch die bestehen bleibende abnorme Kommunikation zwischen Magen und Darm für den Säugling nicht ganz ohne Gefahr zu sein scheint, wie der von Walther Freund mitgeteilte Fall beweist, in welchem das anscheinend glücklich geheilte Kind zwei Monate nach der Operation an Peritonitis, Phlegmone und Blutungen zugrunde ging, die aller Wahrscheinlichkeit nach aus Duodenalgeschwüren stammten, für deren Entstehung doch die gesetzte Störung mit großer Wahrscheinlichkeit verantwortlich zu machen war.

Was die Erfolge der Gastroenterostomie bei Säuglingen mit Pylorusstenose betrifft, so sind mir aus der Literatur 13 Fälle bekannt, von denen 5 in Heilung ausgingen, während 7 Todesfälle der Operation in den nächsten Stunden oder Tagen folgten und ein Kind an Duodenalblutungen zugrunde ging. Nach Autors Statistik ergeben sich 15 Fälle mit 6 Dauererfolgen. — (Volkmanns klin. Vortr., 368, 1904.)

Nrth.

Digitized by Google

Zahnheilkunde.

Beitrag zur operativen und technischen Behandlung des Antrumempyems. Von Dr. Philipp.

Vf. empfiehlt in jedem Falle, in welchem als Ursache ein kranker Zahn in Frage kommt, sich zunächst auf die Extraktion des Zahnes zu beschränken und von da aus die Behandlung einzuleiten. Kommen wir mit dieser Operation nicht zum Ziele, so bleibt immer noch die von Hajek, Partsch u. a. empfohlene Eröffnung von der Fossa canina aus. Der Zugang ist von der Extraktionswunde gewöhnlich mit einem runden Bohrer leicht herzustellen. Es kommen aber auch abnorme Verhältnisse vor; Vf. besitzt ein Modell, an welchem die Länge des Kanals von der Höhe des Alveolarfortsatzes bis zum Eintritt in die Kieferhöhle fast 4 cm beträgt! Von der Wurzel des ersten Bikuspis ist der Weg ins Antrum am schwersten zu finden, weil die Lage seiner bukkalen Wurzel eine derartige ist, daß die Verlängerung ihrer Achse aus dem Kiefer heraus, also unter die Wangenschleimhaut führt. Von dem zweiten Bikuspis ist die Trepanation leichter, am leichtesten vom ersten Molaris aus. Dabei empfiehlt es sich, nach der Trepanation mit einem zylindrischen Bohrer den Alveolarfortsatz schräg nach oben und vorne zu durchschneiden, wodurch Verhältnisse geschaffen werden, welche denen bei Eröffnung von der Fossa canina aus ähnlich sind. Bei Erkrankung des dritten Molaris ist die Extraktionswunde zur Behandlung ungeeignet. Vf. verwendet zur Anästhesierung zumeist das Schleich'sche Verfahren, Narkose ist selten nötig. Der schmerzhafteste Punkt liegt unmittelbar vor dem Durchbruch in die Kieferhöhle, da deren Schleimhaut im entzündeten Zustand sehr empfindlich ist. Die gewöhnlichen Bohrer sind zu kurz, es besteht dabei Gefahr, mit dem nicht sterilisierbaren Handstück der Bohrmaschine die Wunde zu berühren. Der Bohrer muß mindestens 6 cm lang sein.

Die schwere Heilbarkeit des Empyems bedingt es, daß die Abflußöffnung des Eiters längere Zeit, oft zeitlebens offen gehalten werden muß; der Verschlußapparat verhindert gleichzeitig das Eindringen von Fremdkörpern aus dem Munde und hält den Wundkanal, der die Tendenz hat, sich mit unheimlicher Schnelligkeit zu schließen, offen. Zunächst tamponiert man mit Jodoformgaze, möglichst in einem Stück und mit gesäumten Rändern, um das Zurückbleiben von Gazefetzen in der Höhle zu verhindern. Ueber Kinn und Unterlippe legt man eine reine Serviette, um beim Einführen des Dochtes keine neuen Keime von der Gesichtshaut, dem Barte oder den Zähnen einzuschleppen. Nach einigen Tagen muß an einen anderen Verschluß gedacht werden. Partsch empfiehlt Glaskegel von verschiedener Stärke, zumeist wird Kautschuk verwendet. Vf. bedient sich kleiner Röhrchen aus Silber, für dauernde Verschlüsse aus Gold. Am Einführungsende wird die Röhre kuppenförmig abgerundet, das untere Ende wird durch einen 1 cm langen Einschnitt geschlitzt und die beiden dadurch entstehenden Flügel durch Umbiegen den Weichteilen angepaßt, wodurch das Hineingleiten in das Antrum vermieden wird.

Durch diese Röhre können jederzeit Spülungen gemacht werden, ohne daß durch zu häufiges Entfernen derselben die Wände des Wundkanals irritiert werden. Gegen die Mundhöhle dient als Verschluß provisorisch ein kleiner Kork, für längere Behandlung nimmt Vf. Schieber, Klappen, Ersatzzähne, welche stets vom Patienten leicht entfernt werden können. Es empfiehlt sich nicht, die Kanüle mit einem Zahnersatze fest zu verbinden, weil jede Verschiebung des letzteren beim Kauen die ruhige Lage der Röhre stören würde und die Prothese auch des nachts getragen werden müßte, was aus Reinlichkeitsgründen vermieden werden muß. — (Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk., H. 10, 1903.) R. Kronfeld.

Betrachtungen über das chirurgische Redressement der Zähne. Von P. Martinier.

Man bezeichnet mit diesem Terminus jene Operation, welche darin besteht, daß man mittels der Zange einem irregulär

Digitized by Google

stehenden Zahne die richtige Stellung gibt. Das günstigste Alter liegt zwischen 8—10 Jahren. Anwendbar ist die Methode nur bei einwurzeligen Zähnen, besonders den oberen Schneidezähnen. Ueber Lage der Wurzeln, Raumverhältnisse im Kiefer gibt vor der Operation eine Röntgen-Aufnahme den besten Aufschluß. Zahnfleisch und Nachbarzähne sind sorgfältig zu desinfizieren. Als Instrument dient eine Zange, deren Schnäbel mit Blei oder Kautschuk bedeckt werden. Am leichtesten gelingt die einfache Rotation um die Längsachse des Zahnes. Der Schmerz ist der nämliche wie bei einer Extraktion, kann daher durch Injektion einer 1%igen Kokainlösung völlig beseitigt werden. Der gelockerte Zahn braucht bis zur Einheilung einen Fixationsapparat, Ligatur an den Nebenzähnen oder Kappe am Kautschuk. Der Vorteil dieser Methode liegt in der raschen Ausführbarkeit, doch überwiegen nach Vfs. Ansicht die Nachteile; es besteht die Gefahr einer unbeabsichtigten Extraktion, es können Frakturen oder Infrakturen des Zahnes, des Alveolarrandes erfolgen, der Zahn kann zu lang werden, da er in der veränderten Stellung nicht mehr in die Alveole hineinpaßt. Dazu kommen noch gelegentlich Beschädigungen der Nebenzähne und Verletzungen der Pulpa oder der Gingiva, welche Entzündungen zur Folge haben und den Bestand des Zahnes gefährden können. Man wird daher die Methode des „brüsken Redressements" nur dann anwenden, wenn die Methoden der langsamen Regulierung mittels Maschinen wegen absoluten Zeitmangels des Patienten nicht anwendbar sind. — (L'Odontologie, Vol. XXX, Nr. 23.) R. Kronfeld.

Pharmakologie und Toxikologie.

Sublimatvergiftung. Von L. Spillmann und Blum.

Die Vf. berichten über eine außerordentlich interessante Quecksilberintoxikation. Besonders auffallend ist hiebei der besonders langsame Verlauf der Vergiftung, indem erst zwölf Tage nach Genuß Exitus letalis eintritt.

Der Tatbestand ist folgender: Eine 30jährige Frau verschluckte in selbstmörderischer Absicht 3 g Sublimat, und zwar 12 Pastillen zu je 0·25 g Hydrarg. bichlorat. corros. Hierauf Brechmittel, dann Magenspülung, wobei das Wasser natürlich durch den Eosinfarbstoff der Pastillen rosa ablief. Hierauf wurde Eiweißwasser zur Fällung des Quecksilbers und äußerlich warme Wickelungen gegeben. Erscheinungen: allgemeine Blässe, Magenschmerzen, heftige anhaltende Diarrhöen, schmerzhaftes Zahnfleisch, dann bei geschwollener Zunge blutiger Speichel. Ebenso sind die Fäzes blutig und riechen penetrant. Oedem der Augenlider und der äußeren Genitalien. Der Urin ist dauernd eiweißfrei. Nach 12 Tagen Konvulsionen und Krampfanfälle heftigster Art, dann Exitus letalis.

Die Symptome stimmen im allgemeinen mit denen einer chronischen Quecksilberintoxikation überein. Verdauungsstörungen, Speichelfluß, Lockerungen des Zahnfleisches etc. werden ja auch hiebei stets beobachtet, zumal viele Individua eine ausgesprochene Idiosynkrasie für Quecksilberpräparate besitzen. — (Rev. méd. de l'est. Nr. 4, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Ueber die Vergiftung mit Blei- und Kupferverbindungen vom gerichtsärztlichen Standpunkte. Von Dr. Giere, Charlottenburg.

Blei und Kupfer sind zweifellos die beiden giftigen Metalle, die uns im täglichen Leben am häufigsten begegnen. Die Metalle als solche, wie deren Verbindungen, finden ausgedehnteste Verwendung, das Blei in den mannigfachsten Legierungen als Lettermetall, in bleihaltigen Spielwaren, als Lot, in Emaillen etc., das Kupfer besonders als Geldmünze oder in Kochgefäßen. Vergiftungen mit diesen beiden Metallen, ganz abgesehen von den zahlreichen und dem großen Publikum leicht zugänglichen Verbindungen, lassen sich daher von vornherein erwarten. Die Verwendung dieser Stoffe ist zwar in Deutschland durch das Gesetz, betreffend den Verkehr mit blei- und zinkhaltigen Gegenständen (vom 25. Juni 1887), sowie das Gesetz, betreffend die Verwendung

Digitized by Google

gesundheitsschädlicher Farben (vom 5. Juli 1887), nach mancher Richtung hin beschränkt, doch sind derartige Vergiftungen immer noch verhältnismäßig häufig. Die Erscheinungen einer Bleivergiftung sind ja allgemein bekannt, doch muß der Nachweis natürlich noch auf chemischem Wege erfolgen. Hiezu werden die Organteile durch chlorsaures Kali und Salzsäure zerstört, das Filtrat mit Schwefelwasserstoff behandelt, der schwarze Niederschlag von Pb S in Salpetersäure gelöst und das Blei als Sulfat gefällt. Der Nachweis des Bleies an der Leiche gelingt noch nach Jahren. Die geeignetsten Organe für die Untersuchung sind Nieren, Leber, Darm und Magen, unter Umständen auch Knochen. Bleiverbindungen sind beliebte Abortivmittel und in der Tat wird häufig bei Schwangeren, die in Bleiwerken arbeiten, Abort verursacht. Infolge des heftigen Erbrechens bei Bleiintoxikationen wird der größte Teil des Giftes wieder herausbefördert, ein kleinerer Teil verläßt den Körper mit den Fäzes und dem Urin. Die Ausscheidung des Bleies mit dem Kot, der Galle und dem Harn erfolgt wegen der innigen Verbindung mit dem Körpereiweiß so langsam, daß es sich noch nach Wochen, selbst Monaten nachweisen läßt. Besonders charakteristisch für Bleivergiftungen ist der sogenannte Bleisaum, ein blaugrauer bis schwarzer Saum von Schwefelblei an der Stelle, wo das Zahnfleisch an die Zahnmasse grenzt.

Während die große Giftigkeit des Bleies allerseits zugegeben wird, gehen die Ansichten über das Kupfer noch stark auseinander. In Frankreich ist es vielfach Sitte, Gemüse zu kupfern. Durch dieses bedenkliche, Reverdissage genannte Verfahren erhalten die Konserven eine ausgesprochen grasgrüne Färbung. Anderseits aber ist zu beachten, daß sich Kupfer natürlicherweise in vielen Pflanzen und den daraus hergestellten Nahrungsmitteln findet. Bohnen, Karotten, Spinat, besonders aber Kakao enthalten regelmäßig Kupfer, besonders Kakao ist reich daran. Von den Organen hält die Leber das Gift am längsten fest, ferner müssen auch Darm, Nieren, Milz, Bauchspeicheldrüse, auch Mageninhalt und Urin zur Untersuchung herangezogen werden. Wie bei der Bleivergiftung, bietet auch hier das Zahnfleisch charakteristische Erscheinungen: es zeigt purpurroten Saum und ist von den Zähnen zurückgezogen. Haut und Haare haben grünliche Färbung, desgleichen Fäzes und Urin.

Die ausführliche Arbeit bringt auch sämtliche Daten aus der Literatur in erschöpfendster Weise. — (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 41—44, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Die Chemie der Auster.

Intoxikationserscheinungen, die nach Genuß von Austern auftraten, pflegte man früher oft dem Kupfergehalt zuzuschreiben. Daß Austern stets einen geringen Prozentsatz Kupfer enthalten, ist einwandfrei nachgewiesen, jedoch reichen die gefundenen Mengen zur Erzeugung von Vergiftungserscheinungen bei weitem nicht aus, sondern organische Körper, vielleicht Ptomaine, sind die Erreger. Die Analyse von Nativaustern ergab zirka 80% Wasser, 2% anorganische, den Rest organische Substanz. Die mineralischen Bestandteile bestehen in der Hauptsache aus löslichen Phosphaten und Kochsalz, ferner geringen Mengen Kalzium- und Magnesiumphosphat und Spuren von Kupfer. Die organische Substanz besteht aus zirka je 45% stickstofffreien und stickstoffhältigen (Proteide, Albumine) Körpern, der Rest ist Glykogen und Fett. Aus diesen Zahlen ist zu ersehen, daß die Nährstoffe sich in leicht assimilierbarer Form finden, die Lösung derselben erfolgt jedoch im zerdrückten Zustand weit leichter und reichlicher, als im unzerdrückten. Deshalb ist es vorteilhaft, die Austern zu kauen, nicht aber, wie üblich, im ganzen zu schlucken. — (Pharmaceutical Journal Nr. 16 u. 46, 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

Ueber Akremninseife als Mittel gegen die Bleivergiftungsgefahr. Von Dr. Th. Umbach.

Die Arbeit basiert auf einer Mitteilung von Dr. F. Blum („Ueber das Schicksal des Bleies im Organismus, nebst Bemerkungen über die Therapie des Saturnismus und über die Vermeidung der Bleigefahr"; Wien. med. Wochenschr. Nr. 538,

Digitized by Google

1904). Blum sowohl, wie Vf. kamen zu dem Resultat, daß man durch die übliche Seifenreinigung bisher eher geschadet als genützt hat, und daß die Akremninseife, indem sie einerseits eine Reinigung mit Seife gestattet, anderseits das anhaftende Blei in ungiftiges Bleisulfid überführt, das zukünftige Reinigungsmittel aller Bleiarbeiter sein wird. Nach Reinigung mit gewöhnlicher Seife erscheinen die Hände durchaus sauber, enthalten jedoch noch reichliche Bleimengen, wie durch nachheriges Behandeln mit Akremninseife an der Bräunung festgestellt werden konnte. Ebenso ist die Akremninseife für noch anhaftende Quecksilberreste ein vorzüglicher Indikator und daher für den Arzt direkt ein wertvolles Mittel.

Bei noch so lange andauernder Reinigung mit gewöhnlicher Seife war der Erfolg stets negativ, während durch die Akremninseife Ueberführung des Bleies in eine ungiftige Verbindung und weitestgehende Reinigung erreicht wurde. — (Chem.-Ztg. Nr. 50, p. 595, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Die biologische Methode Gosios zum Nachweis des Arsens und die Bildung organischer Arsen-, Selen- und Tellurverbindungen durch Schimmelpilze und Bakterien. Von A. Maaßen.

An dieser Stelle ist von mir berichtet worden über einen sehr empfindlichen Nachweis geringer Arsenmengen durch den Schimmelpilz Penicillium brevicaule. Es tritt durch Zersetzung der Arsenverbindung und durch Bildung eines Arsenwasserstoffes penetranter Knoblauchgeruch auf. Es hat sich nun gezeigt, daß diese Erscheinung für Arsen nicht typisch ist, sondern auch noch dem Selen und Tellur zukommt. Bei der Seltenheit dieser beiden Metalloide ist allerdings eine Verwechslung nicht sehr wahrscheinlich. — (Arb. a. d. kais. Gesundh.-Amt, Bd. 18, S. 475.)

Dr. Springer, Breslau.

Zur Ermittlung des Phenokolls in Vergiftungsfällen. Von Andrea Archetti-Nova.

Das zu dem Phenazetin in naher Beziehung stehende Phenokoll (= Amidoaceto = p = Phenetidin) findet als Antipyretikum und Antirheumatikum Anwendung, wobei jedoch bereits zu wiederholten Malen Intoxikationserscheinungen beobachtet wurden. Nach Angaben von U. Mosso glaubte man bisher, daß das Phenokoll ohne Veränderung durch den Organismus geht, daß es schon 20 Minuten nach Einführung im Harn auffindbar ist, und daß in einem Zeitraume von fünf Stunden die Ausscheidung dieser Substanz eine vollkommene ist. Nach Versuchen in vitro, am Kaninchen und am eigenen Körper hat es sich jedoch gezeigt, daß das Phenokoll eine gründliche Zersetzung erleidet, und zwar in Amidophenol, Glykokoll und Aetylalkohol.

Bei einer Vergiftung wird das wichtigste Spaltungsprodukt, das Amidophenol, leicht in den Organen und auch im Harne gefunden werden. — (Chem.-Ztg. Nr. 50, p. 597, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

II. Diagnostik.

a) Mundhöhle und Rachen.

Ueber das Verhältnis der Leukoplakie zur Syphilis. Von Dr. W. Lublinski.

Die Frage, ob die Leukoplakie oder Leukokeratosis immer eine Folge der noch bestehenden oder doch vorangegangenen Syphilis ist oder nicht, ist noch immer kontrovers. Man findet im Anfang in der Mundhöhle, besonders an der Lippen- und Wangenschleimhaut, sowie an den Rändern und der oberen Fläche der Zunge scharf umgrenzte, eigentümlich milch- oder perlgrauweiße, manchmal auch etwas gelbliche Flecke, die zuweilen jahrelang gar keine Beschwerden machen. Schwimmer läßt ein Stadium erythematosum vorausgehen, die roten Flecke heilen aber bei Vermeidung von Schädlichkeiten immer wieder aus und erst, wenn dies nicht zutrifft, treten die Epithelverdickungen auf, um welche herum

Digitized by Google

im Laufe der Jahre ein zarter Entzündungsstreifen mit Fissuren entsteht, die dann sehr schmerzhaft werden können, während die Oberfläche des Fleckes selbst vollkommen unempfindlich ist. Das Ganze kann an umschriebenen Stellen, aber auch in großer Ausdehnung vorkommen.

Der Vergleich mit ähnlichen Zuständen an anderen Schleimhäuten zeigt, daß die Leukoplakie keine Erkrankung sui generis ist, sondern der identische Ausdruck der Reaktion der verschiedensten Schleimhäute auf wiederholte, lang anhaltende lokale Reize. Diese sind nun bei der Mundschleimhaut sehr verschiedener Art, die erste Stelle nimmt aber der Tabak ein. Was bei diesem schädlich wirkt, ist nicht ganz sicher, vielleicht die Endprodukte der Verbrennung, die Picolinbasen, welche stark ätzend wirken. Andere Reize sind stark gewürzte Speisen, mangelhafte Mundreinigung, Zahnstümpfe, schlecht sitzende Zahnersatzstücke. Auch mancherlei Berufsschädlichkeiten (z. B. bei Glasbläsern) gehören hieher. Der Tabak und daneben der Alkohol spielen aber sicher die Hauptrolle, denn die Leukoplakie befällt eigentlich nur das männliche Geschlecht, und zwar besonders von der Zeit an, da diesen beiden Reizmitteln zugesprochen wird.

Jedenfalls muß aber etwas dazukommen, was die Schleimhaut des Mundes gegen diese Reize besonders empfindlich macht, und das ist in den allermeisten Fällen die Syphilis. Es gibt aber gewiß auch Fälle von Leukoplakie ohne Lues, sowie auch solche, welche später Lues akquirieren und dann in der Mundhöhle gleichzeitig Leukoplakie und Plaques muceuses zeigen. Sonst entsteht aber die Leukoplakie mit Vorliebe an Stellen, welche früher luetisch affiziert waren. Anderseits lassen Plaques, wenn sie sich in Geschwüre umgewandelt haben, und besonders, wenn sie mit Sublimat oder Chromsäure behandelt worden waren, bläulichweiße Narben zurück, welche mit Leukoplakie nicht verwechselt werden dürfen.

Die Leukoplakie ist also in den meisten Fällen eine parasyphilitische Erkrankung und wird durch eine antiluetische Behandlung nicht günstig beeinflußt, manchmal im Gegenteil durch Vermehrung der lokalen Reizung sogar verschlechtert. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21, 1904.) Weil.

b) Lunge.

Die Mißbildungen der Lunge. Von G. Humbert.

Es lassen sich drei Hauptgruppen unterscheiden: Fehlen einer Lunge, Atrophie[1]) einer Lunge oder eines Lappens, lakunärer Zustand (kongenitale Bronchiektasien mit und ohne Atrophie des Lungengewebes).

Agenesie einer Lunge ist sehr selten. In den bekanntgewordenen Fällen war die Art. pulmon. ungeteilt und die Thoraxhälfte an Stelle der fehlenden Lunge mit Flüssigkeit gefüllt. Der älteste Kranke erreichte 24 Jahre.

Die Atrophie einer Lunge oder eines Lappens erscheint entweder als fötale Atrophie mit Atelektase oder als sekundäre Atrophie mit Atelektase und Verlegung des Bronchus. Einzelne der mit diesem Defekt Behafteten erreichten hohes Alter.

Der lakunäre Zustand erscheint als kongenitale Bronchiektasie. In hochgradigen Fällen ist diese Mißbildung mit dem Leben unverträglich, es sind dann beide Lungen von multilokulären Säcken durchsetzt und vollkommen atelektatisch. In den geringeren Graden der Mißbildung ist eine Fortexistenz möglich. Die Mißbildung erscheint dann meist in Begleitung von Atrophie. Die kranke Lunge erscheint dann in einen oder mehrere Säcke verwandelt, deren Wand und Zwischengewebe aus fibrösem Gewebe oder aus verdichtetem Parenchym ohne Alveolen und ohne elastische Fasern besteht. Das ganze Organ ist verkleinert, die gesunde Lunge kompensatorisch vergrößert. Von dieser Art der Lungendefektbildungen ist eine ziemliche Zahl bekannt geworden und hat H. seinerzeit

[1]) Der Verfasser schreibt Atrophie, doch wäre der Ausdruck Aplasie vielleicht korrekter. (Rf.)

Digitized by Google

über zwei eigene Beobachtungen berichtet.

Kongentinale Bronchiektasien ohne Atrophie sind ebenfalls nicht zu selten. Zu den bekannten Fällen fügt H. drei neue Beobachtungen. Die betroffene Lunge oder ein einzelner Lappen stellen sich als schwammartige, von großen glattwandigen, auch mit einander kommunizierenden Höhlen durchsetzte Partien dar, welche verdichtetes, noch alveoläres Lungengewebe enthalten. Der älteste Kranke erreichte 65 Jahre.

Die Mißbildungen der Lunge beruhen entweder auf völligem Defekt der embryonalen Anlage, auf einer intrauterinen Entzündung, auf Persistenz eines fötalen Zustands oder auf Fehlern in den späteren Entwicklungsstadien. Auf die erste Ursache muß der völlige Defekt einer oder beider Lungen bezogen werden. Auf intrauterine Entzündungen (Syphilis?) sind wohl die kongenitalen Atrophien mit Bronchiektasie zurückzuführen, ähnlich den erworbenen Bronchiektasien der Erwachsenen infolge fibröser Induration des Lungengewebes. Einem persistierenden fötalen Zustand entsprechen wohl die als „inveterierte Atelektase" bekannten Zustände, wo entzündliche Gewebsprodukte fehlen und die Lunge oder Lungenteile in Größe und Beschaffenheit sich von der embryonalen Lunge nicht unterscheiden. Bronchien und Blutgefäße behalten dabei normale Struktur und Verteilung. Fehlerhafte Entwicklung (nicht Stillstand!) scheint die Ursache der häufigsten Mißbildungen zu sein.

Da die Mißbildungen der Lunge in verschiedenster Form und Ausdehnung vorkommen, können sie auch nicht ein einheitliches klinisches Bild geben.

Bei vollständigem Defekt einer Lunge (in den bekannt gewordenen Fällen sind Angaben über klinische Symptome höchst unvollständig) findet sich ein „Hydrops ex vacuo" und kompensatorische Hypertrophie der vorhandenen Lunge. Die Kranken zeigen Atembeschwerden und Zyanose.

Bei der Atrophie scheint eine Thoraxdeformität regelmäßig vorhanden zu sein. Die kranke Seite verkleinert, die gesunde kompensatorisch erweitert, das Herz mehr weniger nach der kranken Seite verdrängt. Respirationsstörungen sowie Zyanose sind nicht konstant. Bemerkenswerterweise wird letztere auch in Fällen mit sehr ausgesprochener kompensatorischer Hypertrophie beobachtet.

Bei der kongenitalen Bronchiektasie mit und ohne Atrophie setzt sich das klinische Bild aus verschiedenen Elementen zusammen. In erster Linie bestehen die Zeichen der Bronchiektasie. Dann sind Respirationsstörungen konstant vorhanden und, was das Charakteristische ist, die Dyspnöe datiert auf die frühe Kindheit zurück. Allerdings ist die Dyspnöe nicht in allen Fällen gleich hochgradig, tritt manchmal nur bei schwereren körperlichen Verrichtungen (Turnen, längere Märsche) auf. Sie nimmt aber stets mit den Jahren zu und schwankt ferner an Intensität, je nach dem Erscheinen oder Schwinden von entzündlichen Erscheinungen in den Bronchiektasien und dem Lungengewebe. In vorgeschrittenen Stadien kommen oft heftige asthmaähnliche Attaken von Atemnot mit Angstgefühlen vor. Husten ist immer in mehr weniger heftigen Anfällen vorhanden. Ebenso besteht reichlicher, manchmal fötider Auswurf, eitrig oder schleimig-eitrig, nicht selten in großen Güssen, namentlich des Morgens. Elastische Fasern fehlen im Auswurf. Doch nimmt die Expektoration erst mit späteren Jahren diese bekannten Charaktere der Bronchiektasie an, während in der Kindheit sie nicht auffällig werden. Blutige Beimengungen sind selten.

Zirkulationsstörungen sind bei allen Mißbildungen der Lunge vorhanden und beruhen wohl auf der Dislokation des Herzens und der Einengung des Stromgebietes im kleinen Kreislauf. Die Dislokation des Herzens ist bei einigermaßen beträchtlicher Atrophie stets deutlich, kann bis zur Dextrokardie respektive bis zu einem Spitzenstoße in der linken hinteren Axillarlinie sich steigern. Die Dislokation entwickelt sich nur sehr allmählich. Akzentuation des II. Pulmonaltones bis zur endlichen kompletten Insuffizienz

Digitized by Google

der rechten Kammer sind die Zeichen der pathologischen Belastung des rechten Herzens. Die Zyanose, eines der häufigsten und wichtigsten Symptome, besteht manchmal von der Geburt an oder setzt mit den Gehversuchen der Kinder ein. Ihr Grad ist individuell verschieden, oft so hochgradig wie bei kongenitalen Herzfehlern. Häufig findet sich dabei Hyperglobulie. Diese Zyanose beruht nicht nur auf Stase und ungenügender Ventilation, sondern auf direkter arteriovenöser Kommunikation erweiterter Gefäße in dem mißbildeten Lungenbezirke.

Asymmetrie des Thorax ist selten, höchstens leichte Skoliose wird häufiger gesehen. Offenbar wird der leere Raum durch die hypertrophierten Lungen ausgefüllt, da hier nicht, wie bei erworbenen Bronchiektasien, pleurale Adhäsionen dem Eindringen der kompensierenden Lunge Hindernisse in den Weg legen und auch eine Retraktion der Thoraxwand selbst infolge des Fehlens pleuraler Schwielen nicht stattfindet. — (Revue de médicine Nr. 6, 1904.) E. S.

c) Schilddrüse und Thymus.

Struma und Tetanie. Von Dr. J. Jacobi.

Myxödem und Basedow'sche Krankheit stehen in einem gewissen Gegensatze, indem bei ersterem infolge des Schwundes der Drüse auch ihre Funktion fehlt, während es sich bei letzterer um gesteigerte und krankhafte Tätigkeit der hypertrophischen Drüse handelt. Nach Strumaexstirpationen, sowie auch bei Schilddrüsenerkrankungen stellt sich häufig Tetanie ein. Selten sind Fälle von familiärer Tetanie. Vf. teilt die Krankengeschichten von zwei Geschwistern und ihrer Mutter mit; die Kinder litten an typischer Tetanie, eines davon an rezidivierender, die Mutter zeigte Struma, Chvosteks und Erbs' Phänomen, ferner Parästhesien. Solche Beobachtungen sind wohl weniger für die Annahme eines infektiösen Ursprunges des Leidens als vielmehr für eine gemeinsame krankheitserregende Ursache und vielleicht für eine familiäre Disposition zu verwerten. In einem vierten Falle traten bei einer an Basedow leidenden Frau während wiederholter Schwangerschaften jedesmal typische Tetanieanfälle auf, die mit Eintritt der Geburt ausblieben. Sowohl Tetanie als auch die Entwicklung einer Struma stellt sich nicht selten während der Maternität ein. Solche Fälle hat auch in jüngster Zeit Ferenczi beschrieben. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 27, 1904.)

Rosenthal.

Ueber plötzliche Todesfälle im Kindesalter, insbesondere über den „Ekzemtod". Von Privatdozent Dr. E. Feer.

Unter den pathologischen Zuständen, welche den im Kindesalter erfolgenden plötzlichen Todesfällen zugrunde zu liegen pflegen, stehen der Spasmus glottidis, die akute Vergrößerung des Thymus, sowie der von A. Paltauf genauer determinierte Status lymphaticus obenan. Eine weitere Ursache ist gelegentlich auch in gewissen ekzematischen Läsionen der Säuglingsperiode gegeben.

Die letztere als „Ekzemtod" definierte Ausgangsform hat Vf. im Baseler Kinderspital in acht Fällen zu verfolgen vermocht, denen er aus der pädiatrischen Literatur weitere 13 Beobachtungen anreihen kann.

Die Analyse der Sektionsbefunde ließ die interessante Tatsache eruieren, daß in der Mehrzahl der Fälle Beziehungen zum Status lymphaticus bestanden. In zehn der explorierten Fälle (6—12 Monate alte Kinder) ergab sich als einziger oder doch wichtigster Befund ausgesprochener Status lymphaticus. An der Hand dieser Relationen steht Vf. nicht an, im Säuglingsekzem und auch in anderen Formen des Kinderekzems eine Dyskrasie, ein konstitutionelles Uebel zu erblicken, wobei lokale äußere Ursachen nur begünstigend wirken sollen. Die nahen Beziehungen der Skrofulose zum Stat. lymph. einerseits und zum Ekzem anderseits, sollen dieser Ansicht als Stütze dienen. Dabei sieht sich Vf. auch veranlaßt, auf Ansichten zurückzugreifen, die seitens der modernen Dermatologie als überwunden betrachtet werden.

Digitized by Google

Da der plötzliche Tod bei den ekzemkranken Kindern in der Mehrzahl der Fälle während der Behandlung eintrat, einigemal auch unter hoch febrilen Begleiterscheinungen, so sieht sich der Vf. zur Annahme gedrängt, daß der Exitus mit der Entfernung der Krusten oder den therapeutischen Applikationen im Zusammenhang stand, ohne jedoch eine medikamentöse Vergiftung zu behaupten. Eine solche hätte auch bei der Heranziehung durchwegs indifferenter Mittel (Puder, Zinkleim, Borsalbe) kaum zustande kommen können.

Eine weitere Reflexion streift die längst verlassene Metastasenfrage, d. h. das Auftreten von inneren Krankheiten nach rascher Abheilung eines blühenden, ausgedehnten Ekzems. Von den Schäden selbst der energischesten Ekzembehandlung haben wir uns nach der Richtung hin niemals überzeugen können. Der vorsichtige Standpunkt, den Vf. mit Hagenbach (Basel) und Wyß (Zürich) in der Behandlung des Säuglingsekzems teilt: „Nur behutsam und langsam an die Behandlung ausgedehnter Kopfekzeme bei vollsaftigen Kindern heranzugehen", dürfte bei uns kaum mehr Anklang finden. — (Korresp. Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 1, 1904.) N.

d) Herz.

Ueber Leberpulse und über die Kompensation der Klappenfehler. Von Dr. Fr. Volhard.

Bei Kranken mit positivem Leber- und Venenpulse, also mit Trikuspidalinsuffizienz, tritt eine eigentümliche Pulsation der Herzgegend ein, welche Vf. Schaukelbewegung nennt. Bei jeder Herzaktion sinkt die linke Thoraxhälfte in der Herzgegend ein, wölbt sich die rechte Brusthälfte ein wenig vor, und zwar gleichzeitig mit der systolischen Füllung der pulsierenden Halsvenen. Beim Auflegen der Hände kann man auch diese für den vorliegenden Herzfehler pathognomonische Schaukelbewegung fühlen. Ganz am linken Rande der pulsatorischen Bewegung fühlt man eine kleine Andeutung von Herzspitzenstoß, welcher die Lage des nach hinten gerückten linken Ventrikels verrät, so daß alles andere, was auf der linken Thoraxhälfte pulsiert, der rechte erweiterte, hypertrophische Ventrikel ist. Alles, was rechts vom Sternum liegt und sich synchron mit Karotis- und Venenpuls vorwölbt, ist der rechte Vorhof. Bei der graphischen Darstellung dieser Pulsationen durch das vom Vf. angegebene Doppelmanometer läßt sich die systolische Natur der Einziehungen und Vorwölbungen leicht feststellen.

Zur Unterscheidung zwischen organischer und muskulärer Trikuspidalinsuffizienz kann häufig dienen, daß bei ersterer die Herzdämpfung nicht so weit nach rechts reicht als bei letzterer. Dies liegt nicht so sehr an der überwiegenden Dilatation der rechten Kammer bei der muskulären Insuffizienz als namentlich an dem Vorhofe, welcher bei der Klappenläsion stärker beansprucht wird, und Veranlassung und Zeit hat zu hypertrophieren. Bei der Asystolie dagegen wird er, schon erschlafft, sofort maximal gedehnt, wenn die Insuffizienz eintritt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20 u. 21, 1904.) E. S.

e) Magen.

Ueber ein Phänomen am Magen bei Migräne und Epilepsie. Von Dr. Mangelsdorf.

Nach den Beobachtungen des Vf. findet bei jedem Migräneanfall eine Vergrößerung des Magens statt, wodurch im Laufe der Zeit bei häufigen Anfällen, infolge der mehr oder minder schnellen Aufeinanderfolge von Erweiterung und Zusammenziehung, eine dauernde Veränderung des Magentonus im Sinne einer Atonia ventriculi zustande kommt. Viele derartige Fälle gelten als neuropathische. Vf. hat fast bei allen an Migräne Leidenden den Magen atonisch gefunden. Zur Erklärung des interessanten Phänomens ist die Annahme einer zentralen Ursache notwendig, deren Natur aber bis jetzt noch nicht bekannt ist. Aehnliche Erscheinungen konnte Vf. auch beim epileptischen Anfall finden.

Digitized by Google

Auch Epileptiker zeigen bei längerer Krankheitsdauer bei Häufung der Attaken dauernde Magenatonie. Nach Annahme des Vf. spricht die Tatsache, daß er analoge Veränderungen am Magen auch bei Pavor nocturnus konstatieren konnte, für einen Zusammenhang zwischen diesem und der Epilepsie. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 44, 1903.) F. L.

Ein Fall von tödlicher (?) Magenblutung infolge miliaren Aneurysmas einer Magenschleimhautarterie. Von Dr. H. Hirschfeld.

Die Zahl der bisher bekannten aneurysmatischen Magenblutungen ist eine außerordentlich geringe. Vf. berichtet über einen Fall, welcher einen 38jährigen Arbeiter betraf, der Hämophile war, da er gelegentlich von Zahnextraktionen, sowie leichten Verwundungen stark geblutet hat. Auch sein Vater soll sehr leicht geblutet und seine Schwester viermal Magenbluten gehabt haben. Potator. Patient hatte 1883 zum erstenmal eine Magenblutung, nach 3 Jahren Rezidiv, nach weiteren drei Jahren desgleichen. Im Laufe der nächsten Jahre noch 7 mal Wiederholung, zuletzt 1900. In der Zwischenzeit stets beschwerdefrei. 1903 wurde er zum 13. Male wegen Magenblutung behandelt; er war sehr anämisch und hatte kleinen Puls; keine Druckempfindlichkeit in der Magengegend. Das Bluterbrechen wiederholte sich mehreremale und führte zum Exitus. Bei der Sektion erwiesen sich alle Organe als frei von krankhaften Veränderungen; besonders bemerkenswert ist, daß an der Leber keine Zeichen von Zirrhose und an der Aorta und den anderen großen Gefäßen keine atheromatösen Veränderungen zu entdecken waren. Am Magendarmkanal war als einziges Krankheitszeichen eine etwa stecknadelkopfgroße gelbweiße Hervorragung an der hinteren Magenwand der einzige positive Befund. Die makroskopische Besichtigung der Schnitte ergab polypenähnliche Hervorragungen; die Auflagerung zeigte in einzelnen Schnitten einen Hohlraum, der wie ein quergetroffenes Gefäß aussah; sie lag in einer sehr flachen, trichterförmigen Vertiefung der Magenschleimhautoberfläche, welche sich bei mikroskopischer Besichtigung als einen Defekt der Schleimhaut erwies. In einer Reihe von Schnitten zeigten sich Arterien- und Venenerweiterungen. Die Auflagerung war ein zum Teil organisierter Thrombus, der an manchen Stellen hohl war. Im übrigen fanden sich die Symptome einer chronischen Gastritis.

Was die Aetiologie betrifft, so kommen hier vor allem der Alkoholismus und vielleicht die bestehende Hämophilie in Betracht, welche die Entstehung des Aneurysmas und der Varizen begünstigt haben kann.

Erst eine reichere Kasuistik kann eingehende Fingerzeige für etwaige therapeutische Eingriffe operativer Natur an die Hand geben. — (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 22, 1904.) F. L.

Ueber den Einfluß von Salzsäureeingießungen auf den Pepsingehalt des Magens bei Achylien. Von Dr. Heichelheim und Dr. Kramer, Assistenten der Riegel'schen Klinik in Gießen.

Vorauszuschicken ist, daß die Vf. in ihrer Arbeit der Einfachheit halber in die Bezeichnung Achylie sowohl Anaziditäten als Subaziditäten mit Fehlen freier Salzsäure einschließen, also den Namen im weiteren Sinne, nicht im Sinne der reinen Achylia gastrica gelten lassen. Von anderen Autoren wurde festgestellt, daß durch Salzsäureeingießungen in den Magen eine Erhöhung des Fermentgehaltes gegenüber den Durchschnittswerten erzielt wird. Vf. studierten nun den Einfluß der Salzsäure bei den verschiedenen Formen der Anazidität resp. Hypazidität tät an einem größeren Material, um zu eruieren, ob sich hiebei für die Differenzialdiagnose der einzelnen Formen von Achylie Anhaltspunkte ergäben. Bei vielen ihrer Fälle wurde das Fehlen freier Salzsäure als zufälliger Nebenbefund festgestellt; ihr Fehlen auf nichtkarzinomatöser Basis stellt einen weit häufigeren Zustand dar, als man vielfach noch an-

Digitized by Google

nimmt. In 5/4 Jahren standen den Vf. 60 klinisch beobachtete Fälle von Achylie resp. An- und Subazidität mit Fehlen freier H Cl zu Gebote, darunter befanden sich nur zirka 1/3 sichergestellte Karzinome. Oefter hat man schon Achylien bei schweren, tötlich verlaufenden Kachexien und Anämien beobachtet und bei den anatomischen Untersuchungen Drüsenschwund und Atrophie der Magenschleimhaut nachgewiesen. Unter den Fällen der Vf. befanden sich drei tödlich verlaufende Kachexien ohne jeden anatomischen Befund, wie sie schon Grawitz beschrieben und auf eine durch den chronischen Salzsäuremangel hervorgebrachte Autointoxikation zurückgeführt hat. Die übrigen beobachteten Achyliefälle zerfielen in zwei Gruppen: in der einen hatte der Ernährungszustand etwas gelitten, in einer anderen größeren Gruppe von Fällen dagegen war der Ernährungszustand ein guter, auch bei Patienten, welche schon länger (einer sogar elf Jahre!) in Beobachtung waren.

Die Versuchsanordnung war folgende:

Anfangs wurden in den nüchternen Magen 500 cm³ 1/10 Normalsalzsäure gegossen, später 300, vereinzelt auch 200, da 500 zuweilen Beschwerden verursachten. Die eingegossene Salzsäure wurde nach 1/2—3/4 Stunden ausgehebert und dann ein Probefrühstück gegeben, das nach 3/4—1 Stunde entnommen wurde. In einer anderen Reihe von Fällen wurde erst nach dem Probefrühstück Salzsäure gegeben und nach 3/4—1 Stunde ausgehebert. Die Untersuchungen führten zu folgenden Ergebnissen:

1. Gesetzmäßige Unterschiede im Pepsingehalt des Mageninhalts und in der Beeinflussung desselben durch Salzsäureeingießungen lassen sich für die verschiedenen Formen der Achylie nicht feststellen; insbesondere hat sich ein gesetzmäßig verschiedenes Verhalten der einfachen Achylien gegenüber den karzinomatösen Achylien nach dieser Richtung hin nicht gezeigt.

2. In fast allen Fällen von Achylie fanden Vf. eine Herabsetzung des Fermentgehaltes. Sie war im allgemeinen relativ gering bei Karzinomen; bei den übrigen Formen fanden Vf. ein wechselndes Verhalten, bei einigen sogar ein völliges Erloschensein des Pepsingehaltes.

3. Es scheint, daß ein relativ hoher Pepsingehalt, der durch Salzsäureeingießungen noch gesteigert wird, vorwiegend bei Karzinomen zu beobachten ist, ein Verhalten, das im Verein mit den übrigen Symptomen von einigem diagnostischen Wert sein kann.

4. Bei Achylie spricht das Auftreten von Blutbeimengungen nach Salzsäureeingießung, Braunfärbung des Wiederausgeheberten, für Karzinom. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1904.) F. L.

f) Männliches Genitale.

Ueber scheinbar mit der Prostata nicht zusammenhängende, aber dennoch durch Prostatitis bedingte Schmerzen, nebst einigen Bemerkungen über chronische Prostatitis. Von A. v. Notthafft.

Abgesehen von den vielgestaltigen Erscheinungen, welche die chronische Prostatitis hervorrufen kann, wobei aber doch durch irgend ein Symptom immer auf die Prostata als Ausgangspunkt dieser Erscheinungen hingewiesen wird, ereignet es sich gar nicht so selten, daß die Schmerzen (scheinbar) ganz unabhängig von jeden Prostataerscheinungen auftreten. So bringt der Autor zunächst zwei Fälle von mehr oder minder typischer Ischias, Fälle, die durch eine übersehene Prostatitis vorgetäuscht wurden und bei welchen die Beschwerden, die keiner früher angewandten Therapie weichen wollten, zurückgingen, als die Behandlung der Prostata einsetzte und zielbewußt durchgeführt ward. Dieser Umstand läßt den Wert der v. Leubeschen Regel, in keinem Falle die Diagnose „Ischias" zu stellen, insolange nicht eine Exploration des Rektums stattgefunden habe, erst recht erkennen, wobei es dem Autor, nicht wie von Leube um eventuelle Tumoren, als vielmehr um die Prostata zu tun ist.

Eine zweite Gruppe von Fällen geht

Digitized by Google

mit Beschwerden einher, die die Kranken selbst, zum Teil aber auch die Aerzte, die der Bedeutung der chronischen Prostatitis noch immer nicht die nötige Aufmerksamkeit schenken, gerne als Hämorrhoiden bezeichnen, selbst wenn solche gar nicht nachweisbar sind; auch hier liefert die Untersuchung der Prostata und ihres Sekrets die Aufklärung und damit die Möglichkeit der Beseitigung der genannten Beschwerden.

Paradigmen von Gelenksaffektionen, die als alter Gelenksrheumatismus behandelt wurden, finden sich in der nächsten Gruppe der Fälle; Gelenksschmerzen, für welche sich keine besondere Ursache finden läßt, geben naturgemäß allen möglichen Kombinationen Spielraum; in manchen dieser Fälle wird sich bei Untersuchung der Prostata die Erkrankung derselben als ursächliches Moment ergeben.

Viel leichter wird man auf den Zusammenhang mit der Prostata verwiesen, wenn die Symptome eines Blasenhalskatarrhs oder Hoden- und Samenstrangschmerzen in den Vordergrund treten.

Als Erklärung für die in scheinbar doch weit abgelegenen Gebieten auftretenden Schmerzen nimmt v. N. eine Irradiierung derselben von den prostatischen Nerven auf andere Nervenbahnen an, es handle sich um eine Verlegung der Empfindung in Bahnen, welche nicht mehr dem der Prostata eigenen Nervensystem und Rückenmarksquerschnitt entsprechen.

Aus seinem eigenen, genau beobachteten Material führt der Autor dann noch eine Reihe von Erfahrungssätzen an, die zum großen Teil eine Bestätigung anderweitiger Befunde bilden, so: „Bei der chronischen Gonorrhöe zählt ein negativer Prostatitisbefund sogar zu den Ausnahmen", weiter: „Auf Grund einer einmaligen Untersuchung des Prostatasekrets kann nur bei positivem Ergebnis eine Diagnose mit Sicherheit gestellt werden, bei negativem kann eine mehrmalige Wiederholung notwendig werden"; endlich wird die Wichtigkeit der mikroskopischen Untersuchung des Sekrets betont, sowie die Infektiosität der Prostatitis berücksichtigt.

Ueber die Heilbarkeit der Prostatitis Zahlen vorzubringen, ist dem Autor trotz seines großen Materials nicht möglich, weil der größere Teil der Prostatiker die Behandlung in dem Moment verläßt, in welchem die Beschwerden zurücktreten, dabei ist zwar die Prostatitis in der Regel gebessert, aber noch lange nicht geheilt. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., LXX, 2.)

D.

Ein Lufturethroskop. Von Wasserthal.

Vf. modifizierte das v. Antal'sche Aero-Urethroskop aus dem Jahre 1887, indem er auf dem Typus des Oberländer-Valentine'schen Instruments ein Endoskop konstruierte, welches das Aufblähen des Urethra unter der Kontrolle des Auges gestattet. Als Vorteile gegenüber dem gewöhnlichen Urethroskop werden angegeben, daß sich zunächst größere Schleimhautpartien gleichzeitig übersehen lassen, daß man ferner ein Urteil über die Dehnungsfähigkeit, Nachgiebigkeit und Starrheit der Harnröhrenschleimhaut gewinnt, endlich daß man durch das seitliche Anlegen des schräg zugespitzten Tubusendes die einzelnen Gesichtsfelder anämisieren und dadurch gewissermaßen unter „Glasdruck" absuchen kann. Das Instrument ist nur zur Ergänzung der endoskopischen Lokaldiagnose geeignet, ohne die gewöhnlichen Endoskope substituieren zu können. Die nähere Konstruktion des Instruments (bei Loewenstein in Berlin) müßte im Original nachgesehen werden. — (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane, Bd. 15, H. 6, 1904.) Rich. Grünfeld.

Ueber nicht gonorrhoische Uretritis. Von L. Waelsch.

Die nicht gonorrhoische Urethritis fand allenthalben nach der Entdeckung des Gonokokkus durch Neisser eine sehr mißtrauische Beurteilung, und in seiner kritischen Studie über diesen Gegenstand glaubt Barlow fast alle bisher in der Literatur niedergelegten Fälle, mit Ausnahme der Bockharts, zurückweisen

Digitized by Google

zu dürfen, wenngleich er auf Grund einer eigenen Beobachtung die Existenz einer nicht gonorrhoischen Urethritis zugibt. Barlow stellt zum Erweis solcher Urethritiden Forderungen auf, die, wie Waelsch nachzuweisen sucht, theoretisch vollständig gerechtfertigt, praktisch aber schwer durchführbar seien, denn beispielsweise gleich die erste Forderung, der Patient dürfe früher nie tripperkrank gewesen sein, lasse, da man in dieser Beziehung auf die Anamnese angewiesen sei, keine strenge Durchführung zu. Der wichtigste Punkt ist wohl der zweite, das Sekret muß immer gonokokkenfrei sein, wenngleich auch hier die Frage, wie oft und wie lange man zu untersuchen habe, sich keineswegs mit Sicherheit wird beantworten lassen.

Gehen wir nun auf den von W. geschilderten Symptomenkomplex dieser Urethritis ein, so sind dafür charakteristisch: 1. das lange Inkubationsstadium, 2. der von allem Anfang exquisit chronische Beginn und Verlauf, 3. die geringfügigen subjektiven und objektiven Symptome, 4. der stets, auch in den allerersten Stadien der Erkrankung, negative Gonokokkenbefund, 5. der langwierige chronische Verlauf mit in keinem Falle und mit keiner, auch der modernsten Behandlungsmethoden zu erzielenden vollkommenen Heilung, daher die schlechte Prognose quoàd durationem morbi et sanationem. Ein Ende dieser Erkrankung, d. h. ein Schwinden des ominösen Morgentropfens, hat W. nicht gesehen.

Die Erscheinungen beschränken sich auf leichtes Jucken oder Brennen in der fossa navicularis, objektiv läßt sich ein Sekrettropfen oder zumindest Verklebung des Orifiziums nachweisen, der Harn ist zumeist in beiden Portionen klar, eventuell im Beginn oder bei Exazerbationen leicht getrübt, die erste Portion reich an Fäden, die sich mikroskopisch als aus Eiter bestehend, erweisen; der Prozeß kann auf die hintere Harnröhre, ja auch auf die Prostata übergehen.

Der Therapie gegenüber verhält sich die Krankheit vollständig resistent. Trotz aller Bemühungen gelang es dem Autor nicht, irgend welche Erfolge zu erzielen. Daß das Leiden auch zur sexuellen Neurasthenie führen kann, ist bei der Chronizität dieses Zustandes nur allzu begreiflich. Anderseits scheint es aber, obwohl es sich um einen im Anschluß an Koitus auftretenden, also infektiösen Zustand handelt, daß doch der Ehekonsens nicht zu verweigern wäre, weil die praktische Erfahrung, zumindest in einem der Fälle Ws., zeigte, daß eine Uebertragung auf die Frau nicht stattfand.

Diesen von W. geschilderten Fällen stehen die Bockhart'schen gegenüber, von welchen der Autor gleichfalls einige Beispiele bringt. Diese zweite Form der nicht gonorrhoischen Urethritiden zeigt in der Regel eine kurze Inkubation (3 bis 4 Tage), einen raschen Ablauf und damit eine günstige Prognose. In diesen Fällen konnten verschiedene Bakterien als ursächliche Erreger eruiert werden. Zum Schlusse finden noch tripperähnliche Harnröhrenerkrankungen Erwähnung, die auf chemische oder mechanische Ursachen hin entstehen. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., LXX., 1.) D.

g) Nervensystem.

Das urnische Kind. Von M. Hirschfeld.

Der Vortragende bezeichnet damit mädchenhaft veranlagte Knaben und knabenhaft veranlagte Mädchen. Bei der Beobachtung von 1800 Homosexuellen war ihm aufgefallen, daß fast alle angaben, sie wären bereits als Kinder anders geartet gewesen, wie die gewöhnlichen Knaben und Mädchen.

Dieses würde im Einklang stehen mit der heute allgemein giltigen Ansicht, daß es sich bei der homosexuellen Neigung um eine angeborene Erscheinung handelt. Von einzelnen seiner Fälle gibt Referent folgende Notizen:

„Die wilden Knabenspiele waren mir zuwider; ich schloß mich mit Vorliebe an Mädchen an und hatte deswegen viel Neckerei zu erdulden. Das war mir sehr unangenehm, doch konnte ich nicht dagegen ankämpfen. Ich liebte zu nähen, zu stricken, beim Kochen und Backen zu hel-

Digitized by Google

fen und mich mit Bändern wie ein kleines Mädchen zu schmücken. Es ist mir jetzt immer sehr peinlich, wenn diese Jugenderinnerungen von Angehörigen hervorgeholt werden."

Die Verehrung urnischer Knaben für manche Lehrer und Kameraden, diejenige urnischer Mädchen für bestimmte Lehrerinnen und Mitschülerinnen trägt oft den Charakter hochgradiger Schwärmerei. Das Interesse für den Unterrichtsgegenstand steht bei vielen im engsten Zusammenhang mit der Person des Lehrers. Im übrigen wird die meist vorhandene geistige Befähigung urnischer Kinder durch eine gewisse Unsicherheit und Verträumtheit, oft auch durch Zerstreutheit infolge allzu reger Phantasie wesentlich beeinträchtigt; urnische Knaben sind meist besonders schlecht für Mathematik und Turnen, oft auffallend gut für Literatur, Geschichte, Zeichnen und Musik veranlagt.

Das Schamgefühl äußert sich frühzeitig und unbewußt mehr dem eigenen Geschlecht gegenüber. Was die körperlichen Zeichen betrifft, so tritt unter anderem bei urnischen Knaben der Stimmwechsel häufig sehr spät ein oder nur in geringem Grade, ja überhaupt nicht, während urnische Mädchen in der Pubertätszeit oft eine tiefere Stimmlage bekommen. Der Bartwuchs stellt sich bei den urnischen Jünglingen oft sehr spät, spärlich und ungleich ein, dagegen findet sich in der Pubertätszeit ein mit Schmerzhaftigkeit verknüpftes Anschwellen der Brüste. Bemerkenswert ist es auch, daß bei urnischen Knaben verhältnismäßig häufig Migräne und Chlorose auftreten, von denen vorwiegend nur das weibliche Geschlecht heimgesucht wird. Hirschfeld wendet sich gegen den Vorschlag Tarnowkys, Knaben, die zu weiblicher Beschäftigung neigen, zu verspotten, um so homosexuellen Trieben vorzubeugen. Er hält das geradezu für schädlich, weil das sehr sensible urnische Kind noch mehr in seiner Empfindsamkeit bestärkt wird. Eine wohlbedachte Erziehung soll vielmehr das psychologische Erfassen der Kinderseele zur Grundlage haben und der Arzt kann durch frühzeitige Diagnose der sexuellen Zwischenstufe den Eltern und den Kindern oft einen höchst wertvollen Dienst für das Leben erweisen. — (75. Kongr. deutscher Naturforscher u. Aerzte, 1903; nach Arch. f. Kinderheilk.) Nrth.

Ein Fall von luetischer Meningo-Enzephalitis mit kortikaler (Jacksons) Epilepsie und Verlust des stereognostischen Sinnes. Von P. M. Sniker.

Bei einem Kranken, der 7 Jahre vorher Syphilis akquiriert hatte, in der ganzen nachfolgenden Zeit unter ärztlicher Beobachtung gestanden und reichlich behandelt worden war, traten im Anschluß an schweren Alkoholmißbrauch zunächst klonische Krämpfe in der linken Hand auf, die durch 5 Minuten dauerten; der Anfall wiederholte sich nach ungefähr 8 Tagen unter Auftreten von empfindlichen, lanzinierenden Schmerzen. Seit dieser Zeit fiel dem Kranken selbst auf, daß er mit der linken Hand Gegenstände nicht gut unterscheiden könne. Bald nachher traten mäßige, aber hartnäckige Kopfschmerzen dazu. Diese letzteren wichen wohl einer neuerlichen spezifischen Behandlung im Krankenhaus, doch wurden die Krampfanfälle nicht unterdrückt, ja wenige Tage nach der Entlassung trat ein Anfall ein, der länger als 2 Stunden dauerte und zum erstenmal auch mit Bewußtseinsverlust einherging.

Der Status praesens zur Zeit der Untersuchung durch den Autor ergab, abgesehen von einigen Narben, normalen Befund bis aufs Nervensystem, die Untersuchung des letzteren zeigte Steigerung der Patellarreflexe, Druckempfindlichkeit der Temporalgegend, Muskelsinn und Ortssinn an den mittleren Fingern der linken Hand herabgesetzt, der stereognostische Sinn vollständig aufgehoben, der Kranke ist nicht imstande, auch grobe Gegenstände, z. B. einen Schlüssel von einer Uhr, zu unterscheiden.

Auf Grund der geschilderten Symptome wurde angenommen, daß es sich um eine zirkumskripte, rechtsseitige, chronische Meningo-Enzephalitis handle, deren syphilitischer Ursprung sowohl aus der Anamnese, als auch aus dem Schwinden der Kopfschmerzen auf die spezifische Thera-

Digitized by Google

pie erschlossen wurde. Das Hauptinteresse verdient jedenfalls die Astereognosis; in dieser Beziehung reiht der Autor seinen Fall unter jene ein, in denen die normale geistige Verwertung, das Verständnis für die gewonnenen Einzel-Hautempfindungen, fehlt. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., LXX, 3.) D.

Ueber eine eigentümliche Reflexerscheinung im Gebiete der Extremitäten bei zentralen organischen Paresen. Von Prof. Bechterew in Petersburg.

Der gelähmte Arm des Hemiplegikers, sich selbst überlassen, sinkt nicht gleichmäßig herab, wie auf der gesunden Seite, sondern bleibt infolge einer plötzlichen Spannung des Bizeps hier einen Augenblick stehen, um erst dann zur vollen Streckung herabzusinken. Ebenso spannt sich der Bizeps plötzlich an, wenn man den im Ellbogengelenk gebeugten Arm rasch zu strecken versucht. Ein ähnlicher Widerstand ergibt sich (Mohr), wenn man den gelähmten Arm plötzlich supiniert; die Supination geht daher in zwei Akten vor sich. Auch an der unteren Extremität spannen sich bei passiver plötzlicher Streckung des Kniegelenkes die Beuger stark an. Das Phänomen ist eine Reflexerscheinung, angeregt durch passive Dehnung des Muskels und der Sehne des Bizeps bei plötzlicher passiver Streckung. Es ist der Ausdruck einer organischen Affektion des zentralen motorischen Neurons. Es fehlt bei funktionellen Hemiplegien und ist daher als wichtiges diagnostisches Merkmal beachtenswert. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 10, 1904.)

Rosenthal.

Ueber Ermüdungsphänomene auf dem Gebiete der Vibrationsempfindung. Von Dr. Neutra in Wien.

Setzt man eine vibrierende Stimmgabel auf die linke Tibia und nach Aufhören der Vibrationsempfindung auf den symmetrischen Punkt der rechten Tibia, so wird das Vibrieren noch durch mehrere Sekunden wieder deutlich gefühlt. Die Anzahl der Sekunden ist die „Ermüdungsziffer" des ersten Untersuchungspunktes. Macht man den Versuch in umgekehrter Reihenfolge der Beine, so erhält man bei normalen Individuen für den zweiten Punkt dieselbe Ziffer. Bei Neurasthenikern und Hysterischen kann man, wenn man die Gabel zuerst auf die linke Tibia, dann auf die rechte aufsetzt und nach abermaligem Ausklingen auf den ersten Punkt zurücksetzt, ein Wiederaufleben der Empfindung beobachten. Ebenso kann man, wenn nach Abklingen der Empfindung die Gabel nur für eine Sekunde gehoben und dann wieder auf dieselbe Stelle aufgesetzt wird, beobachten, daß die Vibration von neuem gefühlt wird. Diese beiden letzteren Versuche stellen pathologische Ermüdungsphänomene dar. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 11, 1904.) Rosenthal.

Zur Klinik der Meningitis tuberculosa. Von Dr. K. v. Wieg. (Niederösterreichische Landes-Irrenanstalt, Wien.)

Die Meningitis kann unter den verschiedensten klinischen Bildern verlaufen, mit Hemiparesen, Monoplegie, Aphasie, epileptischen Krämpfen einsetzen oder nach psychischem oder gastrointestinalem Prodromalstadium zutage treten. Psychische Symptome stehen bei Konvexitätsmeningitiden im Vordergrund. Bei Alkoholikern kann die Abgrenzung gegen Delirium schwierig sein. Das Endstadium somatischer Erkrankungen (Addison, Karzinomatose) kann ein ähnliches Bild liefern. Große Schwierigkeiten kann die Abgrenzung gegen Paralyse bereiten. Bei erregten Paralytikern kann selbst eine schwere Meningitis fast symptomlos verlaufen. Ein Fall des Vf. ähnelte bei vorübergehenden deliranten Zuständen einer akut exazerbierenden Paralyse, bei einem zweiten bildete ein initialer Tobsuchtsanfall die Einleitung, in einem dritten bot eine Intoxikationspsychose ein pseudomeningitisches Bild. Aehnliche Fälle sind von Regis und von v. Sölder beschrieben. Fälle von sogenanntem Meningismus zeigen meningitische Symptome, bei der Sektion außer Hyperämie und akutem Hydrozephalus negativen Befund [akute Meningitis serosa nach Quincke]. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 8, 1904.)

Rosenthal.

Digitized by Google

Zur Diagnose und Behandlung, besonders der kardialen Form der Schlaflosigkeit. Von Dr. L. Feilchenfeld.

Es bestehen zwei Hauptformen von Schlaflosigkeit: eine symptomatische und eine idiopathische; die letztere ist entweder zerebralen oder kardialen oder intestinalen Ursprunges. Natürlich können oft alle drei Gruppen gemeinschaftlich die Störung verursachen. Bei der idiopathischen Form sind bekanntlich die Patienten nie ganz schlaflos. Entweder liegen sie oft zwei und drei und mehr Stunden ohne Schlaf, bis sie dann nach vielen vergeblichen Versuchen endgiltig und fest bis zum späten Morgen schlafen, und zwar sind dies meist die infolge zerebraler Reize Schlaflosen, oder es tritt das Umgekehrte ein, schnelles Einschlafen, mehrstündiger Schlaf und frühzeitiges Erwachen, meist sind das die Klagen älterer Leute; bei der kardialen Form der Schlaflosigkeit tritt der Schlaf rasch ein, ist tief und währt höchstens 1—2 Stunden, dann plötzliches Erwachen mit ängstlichen Gefühlen und leichter Beklemmung auf der Brust; nach stundenlangem Herumwälzen tritt dann gegen Morgen erquickender Schlaf ein. Meist liegt in diesen Fällen eine leicht nachweisbare Herzschwäche vor, nicht Herzfehler, denn gut kompensierte Herzfehler stören gewöhnlich den Schlaf nicht im geringsten. Die Schlaflosigkeit der geschilderten Form ist meist ein Symptom gestörter Kompensation. Hier helfen häufig herztonisierende Mittel. Für die vom Magen und Darm ausgehenden Reize läßt sich eine besondere Form der Agrypnie nicht aufstellen. Gründliche Darmentleerungen und Mäßigkeit bei der letzten Mahlzeit sind am zweckentsprechendsten.

Neben Hydrotherapie und hygienischen Maßnahmen kommen in letzter Linie die Schlafmittel bei der Behandlung der Schlaflosigkeit in Betracht. Oft helfen erstaunlich kleine Dosen von Morphium, Kodein, Sulfonal etc. In den Fällen von kardialer Insomnie hat Vf. sehr Gutes von der Verbindung sehr kleiner Dosen Digitalis mit Morphium, z. B. Pulv. digit. 0·015 mit Morph. mur. 0·0025 abends, gesehen. Bei besonders vom Magen und Darm ausgehenden Reizen sind häufig kleine Dosen Sulfonal, z. B. 0·25 im Laufe des Nachmittags zwei- bis dreimal gegeben, von bester Wirkung. Vf. rät, stets, wo die großen Dosen versagt haben, von neuem die kleinen Gaben zu versuchen. Man sei oft von dem günstigen Erfolge überrascht. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 11, 1904.)

F. L.

h) Muskelsystem.

Thomsen'sche Krankheit in Kombination mit Pseudohypertrophia musculorum. Von Dr. P. J. Messarosch.

Es handelt sich um einen Fall mit ausgeprägten myotonischen Symptomen. Zu Beginn des Gehens sind die Beine gleichsam erstarrt, erst nach mehreren Schritten ist der Gang unbehindert, ebenso besteht Muskelrigidität an den oberen Extremitäten, beim Nießen erfolgt unwillkürlicher Lidschluß, wobei die Augen erst nach mehreren Sekunden geöffnet werden können. Wenn Patient lächelt, erstarrt das Lächeln gleichsam in seinen Gesichtszügen für längere Zeit. Zu Beginn des Kau- und Schluckakts bestehen ebenfalls Beschwerden. Die Muskulatur der unteren Extremitäten ist mächtig hypertrophisch, dabei teigig weich und nur zu geringer Kraftleistung befähigt. Dagegen erscheint die Muskulatur der Arme, Schultern und des Rückens stark abgemagert, die Schulterblätter abstehend, der Rücken eingefallen. Sensibilität intakt. Die Untersuchung der elektrischen und mechanischen Erregbarkeit ergibt myotonische Reaktion, abnorme Dauer der Kontraktion, sowie Nachdauer. Der Patient entstammt einer neuropathischen Familie. Einige Mitglieder derselben haben an Geistesstörung gelitten und sich durch bedeutende Körperkraft ausgezeichnet, andere wiesen Pseudohypertrophie und Myotonie auf. Patient selbst neigt zu Erkältungen, zeigt geringe Intelligenz. Die Kombination der beiden Krankheiten ist schon einigemal beschrieben worden, es handelt sich dabei wohl um eine Trophoneurose mit hereditärer Prädisposition. — (Allg. med. Zentr.-Ztg. Nr. 12, 1904.)

Rosenthal.

Digitized by Google

i) Auge.

Ueber Netzhautblutungen bei perniziöser Bandwurmanämie. Von Dr. Tschemolossow.

Bei Anwesenheit einer Taenie, besonders des Botryocephalus latus im Darmkanal, kann sich eine typische Form von Bierm'scher Anämie entwickeln. Reber hat zuerst und nach ihm Runeberg, Blumenau, Nathanson u. a. darauf hingewiesen.

Die Kranken zeigen stark ausgesprochenen Verfall des Ernährungszustandes infolge von Schwund des subkutanen Fettgewebes, wachsartige Verfärbung der Hautdecken, Blässe der Schleimhäute trotz der bisweilen bis zu 40° erhöhten Temperatur, welche späterhin einen unregelmäßigen intermittierenden Charakter annimmt. Bei der Blutuntersuchung findet man Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen um das Drei- bis Vier- und Mehrfache, eine Verminderung des Hämoglobins um das Zwei- bis Dreifache, ferner Poikilozytose, Makrozytose, Mikrozytose und rote Blutkörperchen enthaltende Kerne; am Herzen hört man zuweilen systolische Geräusche und über der Fossa jugularis Nonnengeräusche bei erhöhtem Pulsieren der Karotiden; von Seiten des Darmkanals Obstipation oder Durchfall.

Ueber die Augen klagen die Patienten gewöhnlich nicht. Bei der Untersuchung der Augen findet man folgendes: Lidbindehaut sowie Uebergangsfalten überaus blaß, die Augapfelbindehaut leicht ikterisch, Pupillen leicht erweitert, auf Licht gut reagierend, die brechenden Medien klar, der Augenhintergrund gleichmäßig blaß, in der Netzhaut teils runde, teils streifenförmige Blutaustritte mit ausgezackten Rändern, welche hauptsächlich im hinteren Bulbusabschnitte um den Sehnerv herum gelegen sind, aber in geringer Zahl sich auch im vorderen Bulbusabschnitte in der Nähe der Ora serata finden. Die Größe der Blutaustritte schwankt zwischen Punktgröße bis zur Größe der Papille und diese sogar übertreffend, die Zahl der Blutaustritte schwankt zwischen vereinzelten bis zu 50; sie liegen in der Nähe von Blutgefäßen oder bedecken diese, die Farbe der Blutungen hängt von ihrer Größe und ihrer Dauer ab, die kleinen erscheinen gleichmäßig rot, die größeren haben ein gelblichrosa Zentrum und eine dunkelrote Peripherie; bei beiden ist die Begrenzung nicht scharf, sie geht vielmehr allmählich ins umgebende Gewebe über. Die Sehnervenpapillen sind gleichmäßig und hochgradig blaß, die Papillengrenzen sind bisweilen scharf, bisweilen teilweise verwischt, infolge Oedem der angrenzenden Netzhaut; auf den Papillen selbst findet man gleichfalls Blutaustritte, welche in der Tiefe derselben beginnen und bis an den Rand der Papille und darüber hinaus sich erstrecken. Die Venen sind erweitert und weisen in ihrem Verlauf partielle ampullenartige Erweiterungen von elliptischer Form und geringem Umfange auf. Der intraokulare Druck, die Sehschärfe und der Brechzustand bleiben unverändert, ebenso Akkomodation. Asthenopische Beschwerden. Farbensinn Gesichtsfeld normal.

Sowohl die allgemeinen als auch die Augenerscheinungen will der Autor damit erklären, daß durch Absterben des Bandwurmes Produkte der fauligen Zersetzung ins Blut gelangen und so eine eigenartige chronische Sepsis erzeugen (Ansicht von Dekio und Schapiro). Diese Fäulnisprodukte wirken auf die Gefäßwandungen ein, rufen subtile, mit dem Mikroskop schwer erkennbare, an den roten Blutkörperchen deutliche qualitative und quantitative Veränderungen hervor, die flüssigen Elemente des Blutes dringen in das umgebende Gewebe ein, erzeugen ein teilweises Oedem der Papille, die Blutaustritte in die Netzhaut geschehen per diapedesim. — (Die Ophthalmologische Klinik, Nr. 10, 1904.) Dr. Jänner.

k) Haut.

Ueber die Raynaud'sche Krankheit. Von Dr. Diehl.

Bei einem 25jährigen Schneider sind die steifgehaltenen Zeige- und Mittelfinger beider Hände geschwollen, schwarzblau verfärbt und so empfindlich, daß

Digitized by Google

eine sanfte Berührung als unerträglich angegeben wird. An den Fingerwurzeln verlor sich die Verfärbung in schmaler Uebergangszone. Im Erkrankungsbezirk und seiner nächsten Fortsetzung metakarpalwärts fühlt sich die Haut kalt an, seitlich hievon normal warm. Auf faradischen Reiz verschwand die Verfärbung teilweise und es traten Herde von lokaler Synkope auf; es wurden die Nagelpartien vollständig blutleer; Andeutungen des Totenfingers waren gegeben. Bald stellte sich jedoch wieder die lokale Asphyxie ein.

Funkenentladungen führten in kürzester Zeit das Bild der Totenfinger herbei. Patient litt als Kind an wiederholt operierter Osteomyelitis. Seit einem Jahre an Anfällen von Gesichtsschmerz, Taubheitsgefühl der rechten Körperhälfte, Schmerzattacken in Fingern und Zehen. Die Anfälle der schmerzhaften Fingerverfärbung und Schwellung wiederholten sich meist zweimal in 24 Stunden. Franklinisation und Aspirin (2 g pro die) brachten keine Besserung. Ein Umschwung des Zustandes erfolgte nach faradischen Handbädern und endete mit Heilung, nachdem nur an der Kuppe des rechten Mittelfingers superfizielle Gangräne, resp. Abstoßung eingetreten war.

Eine 25jährige Frau zeigt im Anschluß an Schmerzanfällen in den Extremitäten, Zehen und Ohren, gedunsene, geschwollene, schmerzempfindliche Hände, die sich eiskalt anfühlen und von blauroten Herden durchgittert erscheinen. In Anfällen zeigten die Zeigefinger das Bild der Totenfinger, Nadelstiche förderten kein Blut zutage. Faradische Handbäder mit Wasser von Badetemperatur sollen einen Rückgang des Pseudoödems, sowie des „doigt mort" bedingt haben.

Diese symptomatischen Heilprozeduren werden, im Gegensatz zu anderen Autoren, vom Vf. bestens befürwortet. — (Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie, XXVII. Jahrg., Nr. 169.) N.

Neuere Beobachtungen von Blastomykose. Von T. C. Gilchrist.

Der um die genauere Erforschung der Blastomykosen hochverdiente Autor ist in der günstigen Lage, sein heute bereits imposantes Testmaterial um vier weitere Beobachtungen zu bereichern, die in klinischer und histopathologischer Bedeutung miteinander wetteifern und daher auch die genauere Wiedergabe zum Gebot machen.

I. Ein Maler von Beruf bemerkt im Anschluß an Halsschmerzen, Bronchitis und Kolikanfällen die Entwicklung von knotigen, warzigen Bildungen an Handgelenken, Gesäß, Ohren und Gesicht, die in kurzen Intervallen aufeinanderfolgten und rasch zu einer gewissen Größe anwuchsen. Die vorzüglich kolorierte Abbildung des Kopfes zeigt an Nasenspitze und Wurzel, linken Wange und Augenbrauenbogens, bis talergroße, spitzförmig emporragende, fein warzig zerklüftete, marginal pustelbesetzte, von erythematösen Höfen umgrenzte Wucherungen mit zerklüfteten, stellenweise auch ulzerös zerfallenen Zentren. Der größte der mit Eiterpunkten besetzten Herde der linken Wange, hat einen Durchmesser von 2·5 cm aufzuweisen. Patient klagt, daß die Herde einen unangenehmen Geruch verbreiten und gelegentlich Jucken und Brennen verursachen. Im Eiter waren scharfkontourierte kugelige Bildungen mit einem Durchmesser von 8—12 μ zu finden.

Kulturell waren auf Glyzerinagar aus dem Eiter unter neun Versuchen zweimal Blastomyzeten in Reinkultur, fünfmal vermischt mit anderen Keimarten zu gewinnen. Im hängenden Tropfen verfolgte Pilzkolonien, gestatteten die Entwicklung des Mycels genauest zu eruieren, auch gelangten auf den Nährmedien ärobe Hyphen zur Auskeimung.

Das Wachstum war bei Zimmertemperatur erfolgt.

Die histologische Untersuchung ergab: Epidermisverdickung mit zerstreuten miliaren Abszessen in derselben, spärliche Blastomyzeten in den Eiterherden und im Korium. Die Inokulation des Mycels auf Meerschweinchen fiel positiv aus. Die Sprossung des Keimgeflechtes war im hängenden Tropfen besonders genau zu verfolgen. Das Verfahren der Tropfen-

Digitized by Google

kultur des Eiters, hat schon Montgomery, Otis und Evans beim Studium der Blastomyzeten gute Dienste geleistet.

In diesem Falle war vollständige Heilung mittels X-Strahlen und Jodkaliumtherapie zu erzielen.

II. Ein Arbeiter (Neger) bemerkte vor zwei Jahren warzige Bildungen am linken Fußrücken, die in ihrer Vermehrung allmählich zu faustgroßen Tumoren anwuchsen um späterhin von gleichen Wucherungen im Bereich des Gesichtes gefolgt zu sein. Den elephantiastisch aufgetriebenen Fuß, das Sprunggelenk, die Zehen okkupieren blumenkohlähnliche, hoch aufsitzende, papillär gegliederte, von dünnem Epidermissaum überdeckte Geschwülste. Auf Druck sind aus den Schluchten der Exkreszenzen geringe Eitermengen zu gewinnen. Die nachbarlichen Drüsengebiete sind nicht affiziert. Der Eiter reich an Blastomyzeten (8—12 μ Diamet.) diese in Symbiose mit Eitererregern der Kultur zugänglich. Die gleichen Läsionen okkupieren die Nase, Lippen und Wangen. Das Blut (Serum) dieses Kranken agglutinierte die aus dem ersten Falle gewonnene Blastomyzetenkultur.

III. Ein 45jähriger Mann weist einen 6 cm langen, 4½ cm breiten, warzigen Tumor am rechten Vorderarm auf. In dem papillären Zapfen des pilzförmig aufsitzenden Knotens sind miliare Abszesse vorhanden, welch letztere, gleichwie das Korium, spärlich Blastomyzeten führen.

IV. bezieht sich auf eine bereits 1903 im „Brit. med. Journ." mitgeteilte Beobachtung einen Neger betreffend. Der Fall ist durch besondere Ausbreitung der Veränderungen am Stamm und den Nates besonders bemerkenswert. Mehrere dezimeterlange und ebenso breite, elevierte Gewebsrasen bedecken hier in der typischen, papillär gewucherten Form das Integument. Pilzbefund mikroskopisch und kulturell positiv.

V. Ein 50jähriger Mann bemerkt im Anschluß an eine Verletzung des rechten Handrückens an der lädierten Stelle die Entwicklung einer Wucherung, die bald an Größe zunimmt. Die Geschwulst zeigte zwei Zonen, eine zentrale mehr erweichte, mit Eiterherden besetzte, eine periphere, papillär gewucherte, von entzündlichen Hofe umsäumte. Positiver Mikrobenbefund, Heilung auf Jodkali. (Nach einer Mitteilung Mc. Carrisons.)

Zwei weitere Beobachtungen illustrieren die besondere Aehnlichkeit papillär gewucherter Syphilide mit der erörterten Krankheitsform. Aufgabe der Differentialdiagnose wird es sein, in Zukunft auch die Möglichkeit der Blastomykose mit in den Diskussionsbereich zu ziehen. — (The Journ. of Cut. Dis. March 1904.) N.

Ein Fall von Alopecia areata bei einem Vitiliginösen. Von Dr. Falk.

Gut gebauter, brünetter Mann (46 Jahre) zeigte an Stirne, Wangen, Lippen typische vitiliginöse Stellen mit spärlichem Haarwuchs, ähnliche Veränderungen bestehen am Skrotum, Schenkeln und Mons, hier sind die Haare im Affektionsbereich weiß. In der Brauengegend, an den Schläfen, im Gesicht besteht Alopecia areata. Die Nägel aller Finger gerillt, gekerbt, Zähne kariös. Ein 19jähriger Sohn hat graumelierte, stellenweise in Büscheln ganz weiße Haare, an der Stirne links einen Vitiligofleck. Ein zweiter Sohn (7 Jahre) zeigt charakteristische Einkerbungen sämtlicher Fingernägel. Eine Wahrnehmung, die den neuerlich dezidierten postulierten Zusammenhang des kreisförmigen Haarschwundes mit trophoneurotischen Störungen bestens zu stützen geeignet ist. — (Dermatol. Zentralbl. Nr. 9, 1904.) N.

Beiträge zur Klinik und Histologie der Folliklis. Von Dr. A. Alexander.

An Hartungs Station (Breslau) beobachtete Vf. 7 Fälle dieser, zur Tuberkulose in genetische Beziehung gebrachten Krankheitsform. Die ins subkutane Zellgewebe eingelassenen oder auch in dermalen Schichten verteilten Knötchenausbrüche hatten einen häufig rezidivierenden Charakter, gingen öfter mit Gelenkschmerzen und manifesten tuberkulösen Läsionen (Tuberculosis verrucosa cutis, Lichen scrophulosorum, Lupus, Fungus) einher und wiesen einen besonderen Formenreichtum

Digitized by Google

auf. (Blaurote schmerzhafte Knoten, kleine und große papulöse derbe Efflo-reszenzen, gelochte Narben etc.)

Dem anatomischen Verhalten nach waren die Eruptionen in zwei Gruppen zu sondern. Einige Fälle berechtigten an der Hand des Gewebsbefundes zur Annahme, daß es sich um einen spezifisch embolischen Prozeß handle. Von irgend einer Stelle im Körper, aus der Lunge, oder den Drüsen, oder einem anderen Organe, in dem sich tuberkulöse Prozesse abspielten, mögen in den Kreislauf gelangte Tuberkelbazillen, in den kleinen Arterien des Unterhautfettgewebes stecken bleibend, hier zunächst eine tuberkulöse Endo- oder Periarteritis erzeugt haben, um sich dann von hier aus weiter zu verbreiten und die den Tuberkelblau zeigende Formation hervorzurufen. (Verhärtung, Nekrose des Fettgewebes, Gefäßveränderungen.) Hiebei kann der Ausgangspunkt der Veränderungen in Kapillargefäßen gelegen sein, die Arterien, Venen oder den das Fettgewebe versorgenden Ernährungsramifikationen angehören.

Einer zweiten Gruppe gehören Fälle an, die bei einem mehr oberflächlichen Sitz der Effloreszenzen ihr anatomisches Substrat in diffusen entzündlichen Infiltraten resp. Thrombophlebitiden besitzen. Auf embolischem Wege scheinen daher beide Arten zu entstehen. Die schwere Möglichkeit, bei diesen Läsionsformen Tuberkelbazillen nachweisen zu können, möchte auch Vf. gleichwie Jadassohn auf Virusabschwächung zurückführen. Mit der Annahme einer reinen Toxinwirkung kann sich Vf. nicht befreunden, wenn er auch für die spezifisch bazilläre Provenienz des Uebels keine überzeugenden Belege beizubringen vermag.

Von der Beobachtung ausgehend, daß initiale Tuberkulininjektionsstellen bei erneuter Tuberkulineinverleibung viel stärkere Reizerscheinungen aufweisen als das erste Mal, möchte Vf. eine ebensolche Reizbarkeit auch solchen Körperstellen zuerkennen, an welche vor einiger Zeit lebende oder tote Tuberkelbazillen embolisch verschleppt werden konnten. Auch ohne daß dort histologische Veränderungen stattgefunden haben (durch Phagozytose etc. ist es nicht zur Tuberkelbildung komplexe eine gewisse immunisatorische gekommen), ist auf die regionären Zell-Ueberempfindlichkeit, id est Reaktionsfähigkeit für Tuberkeltoxine übergegangen. Gelangen nun aus irgend einem tuberkulösen Herde Toxine in den Kreislauf, so reagieren diese Stellen analog den Tuberkulinreaktionsstellen genau wie ein tuberkulöser Herd, d. h. es kommt zur Bildung von Folliklisefflorescenzen oder sonstigen Tuberkuliden.

Es ist das eine vermittelnden Hypothese, die — wie alle anderen bisher in Schwebe stehenden Ansichten über die Herkunft resp. die Pathogenese der Tuberkulide — vorläufig noch eines materiellen Substrats entraten. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 70, H. 1.) N.

l) Konstitutionskrankheiten.

Die rhachitische Hand. Von Prof. Siegert.

Im Anschluß an die Publikation Neuraths (Wien. klin. Wochenschr., Juni 1903) erörtert Siegert die Verhältnisse der rhachitischen, myxidiotischen und normalen Hand. Charakteristisch für die rhachitische Hand ist das sehr verzögerte und unvollkommene Auftreten der Karpalknochen, sowie der Epiphysenkerne aller Knochen der Hand.

Zunächst beteiligt sich an dem rhachitischen Prozeß die Epiphyse der Ulna, dann die des Radius, die distalen Epiphysen der Metakarpen, schließlich, gleichzeitig mit diesen, die proximalen der ersten Phalangen, weniger die der zweiten und dritten Phalangen.

Die rhachitische Hand ist schmal, der Finger lang und dünn. Bei reichlichem Fettgewebe und fehlendem Turgordruck entstehen die Perlschnurfinger durch Einschnürungen in Niveau der Gelenke, die bei schwerster Rhachitis und atrophischen Weichteilen oder mangelnder Gewebsspannung nicht auftreten. Von einer Auftreibung der Weichteile der Phalangen ist

Digitized by Google

keine Rede, ebensowenig von einer solchen der Phalangen selbst.

Die normale Hand steht in der Mitte zwischen der kurzen Breithand bei Myxidiotie und der schmalen Langhand bei Rhachitis. Bei der kongenitalen Lues treten Perlschnurfinger auf, sowie lange Finger und schmale Hand; außerdem aber die periostalen Knochenladen, in denen der eigentliche Knochen liegt, wie eine Zigarrenspitze im Etui.

Die rhachitischen Perlschnurfinger hängen ab von dem Zustand der Weichteile und von der Größe der Knochenintertitien. — (Kongr. deutscher Naturforscher u. Aerzte 1903.) Nrth.

Ueber den Zusammenhang zirkulärer Karies und zirkulären festhaftenden Belages am Zahnhals mit Allgemeinkrankheiten des Kindesalters. Von Oswald Meyer.

Die zirkuläre Karies und der zirkuläre festhaftende Zahnbelag werden durch schwere Alterationen des Gesamtorganismus hervorgerufen, und zwar vornehmlich durch die Skrofulotuberkulose, in zweiter Linie durch die Rhachitis. Für andere Krankheiten, zumal die Lues, konnte kein Anhaltspunkt gewonnen werden. Befallen wird sowohl das Milchzahn- als das bleibende Gebiß. Die Milchzähne werden öfter und stärker als die bleibenden Zähne wohl deshalb befallen, weil sie an sich weniger dauerhaft sind, und weil zur Zeit der Milchzähne der ganze Organismus zarter, weniger widerstandsfähig ist.

Auf Grund einer zirkulären Karies oder Verfärbung des Zahnhalses darf daher nicht ohneweiters die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Skrofulotuberkulose gestellt werden; doch kann in zweifelhaften Fällen die zirkuläre Karies wie die Verfärbung eine willkommene diagnostische Hilfe sein.

Die nähere Ursache der Karies ist durch „sauere Fermentation des Mundschleimes" (Neumann), der am Zahnhals haftet, gegeben. An dieser Säurebildung können Allgemeinstörungen des Organismus verschiedener Art beteiligt sein — Rhachitis so gut wie Skrofulose. — (Jahrb. f. Kinderheilk. Nr. 1, Bd. 60.) Nrth.

m) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Bakteriologische Untersuchungen über Masernkonjunktivitis. Von Dr. Ernst Schottelius.

Vf. unterzog das Konjunktivalsekret von 80 Masernfällen (40 Masernkranke, 40 Masernleichen) gelegentlich einer Epidemie in Freiburg i. B. einer bakteriologischen Untersuchung und fand in 51 Fällen Staphylococcus aureus. In der klinisch schwerer und namentlich den letal endigenden Fällen waren Staphylokokken nachzuweisen, welche dem St. septicus hominis sehr nahestehen. Außerdem in einigen Fällen auch andere Bazillen (öfter die sogenannten Xerosebazillen).

Staphylococcus aureus war vorhanden in 25 Krankheits- und 26 Todesfällen (von je 40).

Streptokokken waren vorhanden in fünf Krankheits- und 28 Todesfällen (von je 40).

Vf. kommt zu dem Schlusse, daß als kombinierender Faktor bei der Masernkonjunktivitis — wahrscheinlich auch bei der Maserninfektion — die Wundinfektionsträger eine nicht unwesentliche Rolle spielen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1904.) F. L.

Das Schleimhautexanthem der Masern. Von Dr. O. Rüdel.

Vf. hatte Gelegenheit, während einer Masernepidemie in Erlangen an 520 Kindern Untersuchungen über die Koplikschen Flecken anzustellen. Als erstes Symptom der Masern konnte er wiederholt noch vor dem Ausbruch des Wangenexanthems subjektive Lichtscheu und Hyperämie der Konjunktiva des unteren Lides konstatieren.

Das Exanthem der Wangen verhielt sich im wesentlichen folgendermaßen: Am frühesten am fünften Tage vor Ausbruch des Hautausschlages zeigten sich an beiden Wangen 20—50 und mehr rundliche, etwa zwei bis vier mm im Durchmesser betragende rote Flecken, die manchmal zu Gruppen vereinigt waren; öfters wurde die Gegend gegen-

Digitized by Google

über der unteren und der oberen Zahnreihe und die Schleimhautfalte, die gegenüber der Grenze der beiden Zahnreihen entsteht, bevorzugt. Oefters waren es keine Punkte oder Flecken, sondern, vielleicht infolge Konfluierens, mehrere langgestreckte Inseln, deren Längsachse der der Zahnreihe entsprach. Die Flecken und Inseln waren in der überwiegenden Mehrzahl, wenigstens die ersten Tage lang, scharf gegen die Umgebung abgegrenzt und hoben sich deshalb wegen ihrer roten, oft leuchtenden Farbe deutlich ab. Im Zentrum dieser Maculae befanden sich kleine weißliche, gelegentlich ins bläuliche oder mehr schmutziggelbe schimmernde 1 mm und noch weniger im Durchmesser betragende Auflagerungen, die sich mikroskopisch als desquamierte Epithelien erwiesen. Ohne diese weißlichen Stippchen würden die roten Maculae der Wangenschleimhaut ein ganz analoges Bild wie das Hautexanthem abgeben. Auch die Schleimhaut des weichen Gaumens kann typische Morbilliflecken zeigen.

Die Temperatur schwankte in drei Fällen je fünf Tage vor dem Ausbruch des Hautexanthems zwischen 37·5 und 37·7. In den nächsten Tagen, oft schon nach zehn Stunden, können die Flecken schon abblassen und sind dann kaum mehr zu sehen, auch die weißlichen Auflagerungen verschwinden, so daß die ganze Mundhöhle bei Ausbruch des Schleimhautexanthems ein normales Aussehen bieten kann, oder die ganze Wangenschleimhaut wird hyperämisch, wodurch auch die Erkennung der einzelnen roten Flecken erschwert wird.

Meist ist schon mit dem zweiten Tage des Hautexanthems der Prozeß in der Mundhöhle abgelaufen und sie hat ihr normales Aussehen wieder erlangt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1904.)

F. L.

Ein neues als selbständig erkanntes akutes Exanthem. Von Dr. Dyonis Pospischill.

Von den bekannteren Formen akuter Exantheme lassen sich einige interessantere Ausschlagsarten abgrenzen, für die Vf. Beispiele bringt. Zunächst Fälle von Erythema infectiosum (Escherichs Klinik), auch Erythema simplex marginatum (Feilchenfeld), Megalerythema epidemicum (Plachte) genannt. Es zeichnet sich durch seine Zartheit dort, wo am Rande der Konfluenz, so an der Beugeseite der Vorderarme, neue Ringe aufschießen, aus. Von Sticker ist es in vorzüglicher Weise beschrieben. Begleiterscheinungen sind öfters Reizung der Konjunktiven, geringes Exanthem, Angina mit Belägen. Manchmal geht das Erythema infectiosum auch mit hohem Fieber einher. Nicht immer befällt es, wie behauptet wird, zuletzt den Stamm, manchmal ist es am Rumpf schon deutlich abgeblaßt, während es auf den Extremitäten noch in Florition steht.

Zum Erythema infectiosum gehören auch Fälle, die in ihrem Bilde den Masern oder dem Scharlach nahezustehen scheinen. Bei den scharlachähnlichen kann oft nur eine quaddelartige Dunsung und Rötung der Wangen an das infektiöse Erythem gemahnen, während eine Angina an Scharlach erinnern kann. Am Exanthem ist nirgends ein livider Ton oder Ringbildung, nur an kleinen Flächen die für das Erythema inf. charakteristische gleichmäßige Röte zu merken. Der Ausschlag setzt sich nur aus stecknadelkopf- bis hanfkorngroßen, unregelmäßig konturierten, lebhaft roten, erhabenen Efflorescenzen zusammen, welche Rumpf, Schultern, Oberarme, Nates und Oberschenkel dicht überziehen. Die Zeichnung ist im allgemeinen gröber als beim Scharlach. Die andere Form ist eine vollendete Kopie der Masern (Morbilloid). Sie ist das „Erythema infectiosum der kleinen Kinder".

Autor schlägt vor, diese in den drei differenten Bildern, dem „Erythema infectiosum", „Skarlatinoid" und „Morbilloid" in Erscheinung tretende Krankheitseinheit Erythema variabile zu nennen. Das Morbilloid, das den Masern gleicht und mit den Röteln nicht zu verwechseln ist, dürfte auch künftighin diagnostische Schwierigkeiten bereiten.

Endlich ist noch eine vierte Form von Exanthem zu berücksichtigen, ohne quad-

Digitized by Google

delartige Röte der Wangen, die sich durch ihre Flüchtigkeit, durch die bräunliche Färbung und das Fehlen der gleichmäßigen, glänzenden Röte charakterisiert. Vielleicht ist dieses Exanthem mit der Rubeola scarlatinosa (Filatow) identisch. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 25, 1904.) Nrth.

Neue Arzneimittel.

Acidum vanadicum wird in der gynäkologischen Praxis von Le Blond und Ch. David empfohlen. Sowohl äußerlich in Lösungen von 0·05 g : 1000 bei Hautwunden als auch in Lösungen von 0·17 g : 1000 für intrauterine Wunden besitzt sie antiseptische und vernarbende Wirkung und eignet sich deshalb besonders als Topikum bei verschiedenen Wunden tuberkulöser und syphilitischer Art, bei Ekzema, Schanker und Entzündungen der Vagina. Auch innerlich kann die Säure bei Tuberkulose und allen anämischen und kachektischen Zuständen gegeben werden, und zwar 2 Eßlöffel pro die (einer Lösung von 0·015 g : 1000). Eine Mischung von 1 Raumteil einer 0·5%igen Vanadinsäurelösung und von 2 Raumteilen Glyzerin ist unter dem Namen „Oxydasine" im Handel. Eine bequeme, bekömmliche und ungiftige therapeutische Verwendungsweise des Vanadins beschreibt B. Rohden. Er verwendet eine Doppelverbindung, das Natrium vanadico - citro - chloratum, die durch Zusammenkristallisierenlassen der hiezu nötigen Salze erhalten wird, in Mischung mit Brausesalz (Citrozon = Original-Vanadiumzitrat), letzteres mit einem Zusatz von 10% Chinasäure (Urolysin = chinasaures Vanadinzitrat) oder mit einem Zusatz von 10% Lithium bromatum (Nervol = bromsaures Vanadinzitrat). Das Citrozon, aus dem die anderen genannten Mischungen hergestellt werden, enthält 0·005% des Vanadiumpentoxyd. Die Indikationen entsprechen der Zusammensetzung des Präparats. Citrozon verwendet man bei Anämie und Kachexie, speziell bei Tuberkulose und Diabetes in Dosen von 1 Teelöffel in Wasser, 6—8mal pro die; Urolysin bei Nieren- und Steinleiden in denselben Dosenverhältnissen und Nervol bei Nervenleiden, speziell bei Hysterie, neurasthenischen Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit.

Viscinum depuratum. Nach C. Stich verliert Viscin, auf Stoff gestrichen, seine anfangs höchst intensive Klebkraft nach einigen Wochen; ebenso ist die grüne Farbe des Präparats schwer zu beseitigen und außerdem haftet den Viscinpräparaten ein sehr übler Geruch an. Diese Nachteile lassen sich nach H. Vörner vermeiden. Der üble Geruch wird beseitigt, indem man den als Ausgangsmaterial dienenden Vogelleim durch ein Haarsieb in der Wärme filtriert, das Filtrat in warmem Wasser wäscht, bis das Wasser klar bleibt und eine neutrale Reaktion zeigt. Nach Abgießen des Wassers wird der Klebstoff in eine möglichst flache Schale in dünner Schicht gebracht und in einen Wärmeschrank mit gutem Abzug, der eine mittlere Temperatur von 40—80° hält, gesetzt. Nach einiger Zeit verschwindet der Geruch fast vollständig. Erforderlichenfalls wird das Viscin filtriert, worauf es sich mit Benzin zu einer öligen Flüssigkeit löst. Die grüne Farbe läßt sich durch längeres Stehenlassen der Viscinlösung entfernen, indem man vorher mit Talcum, Bolus u. s. w. schüttelt. Die Klärung wird auch verzögert durch Beimengungen von Wasser, welche den Viscinlösungen von der Fabrikation her mehr oder weniger anhaften. Deshalb sind Zusätze von pulverförmigen hygroskopischen Substanzen zweckmäßig, z. B. Amylum, Bleikarbonat u. s. w., auch Kaliumpermanganat. Zu diesem Zwecke setzt man den Viscinlösungen ein Gemisch von Amylum und Talcum venetum oder Ton (eventuell mit etwas Kaliumpermanganat) im ganzen im Verhältnis 1:20 hinzu, schüttelt um und läßt einige Zeit stehen. Ist nach 4—6 Wochen keine vollständige Klärung erfolgt, so gießt man ab und gießt von neuem ein Pulvergemisch zu. Das geklärte Viscin (Viscinum depuratum) besitzt dieselben Eigenschaften, wie das von Stich her-

Digitized by Google

gestellte Präparat und eignet sich zur Pflasterbereitung mit und ohne medikamentöse Zusätze. Ein solches Pflaster reizt nach Vörner weniger wie Kautschukpflaster.

Arrhénal-Lithium (Labadie-Lagrave)-**chlorhydromethylarsinsaures Lithium** von der Formel $CH_3AsHCl(LiO)_2O$. Die Chlormethylarsinsäure entsteht durch Eindampfen einer Mischung von Methylarsinsäure und Salzsäure. Die erhaltene Säure (Krystalle) ist wasserlöslich und mit Lithium gibt sie „Arrhenal-Lithium", hygroskopische, in Wasser und Alkohol lösliche Krystalle. Anwendung als Arsenpräparat in Dosen von 5—10 Tropfen einer wässerigen Lösung, welche im Kubikzentimeter 0·04 Substanz enthält; ferner in Pillenform.

Taka-Diastase. Digestivum und Stomachikum. Befördert die Verdauung der Amylazeen. Uebertrifft an sakcharifizierender Wirkung die besten Malzpräparate und sämtliche Verdauung befördernde Mittel. Es ist absolut permanent, frei von Zucker, gut zu dispensieren und billig. In den Handel kommen: Taka-Diastase-Pulver. Dosis 0·06—0·3 g nach jeder Mahlzeit. Taka-Diastase-Tabletten. Dosis 2—3 Tabletten nach jeder Mahlzeit. Taka-Diastase-Tabletten mit Schokolade überzogen. Dosis 2—3 Tabletten nach jeder Mahlzeit. Taka-Diastase-Liquid, enthält in 4 cm^3 0·162 g Taka-Diastase. Dosis 1—2 Teelöffel während oder unmittelbar nach der Mahlzeit.

Citarin (Bayer & Co.). Anhydromethylenzitronensaures Natrium wird dargestellt als Dinatriumsalz der Anhydromethylenzitronensäure als weißes, hygroskopisches, wasserlösliches Salz. Die Lösungen müssen kalt bereitet werden, da sich das Salz in der Wärme unter Abspaltung von Formaldehyd zersetzt. Anwendung findet es bei Gicht und zur Schmerzlinderung bei veraltetem Rheumatismus. Es spaltet Formaldehyd ab und besitzt die Fähigkeit, Harnsäureausscheidungen zu lösen, sowie die Aufnahmefähigkeit des Harnes für Harnsäure zu erhöhen und dadurch deren Entfernung aus dem Körper zu begünstigen. Dosis: 2 g drei- bis viermal täglich. Nach Thiele (Aerztl. Praxis, 1903, 21) eignet es sich in Dosen von 2 g mit 0·5 Aspirin kombiniert mehrmals täglich bei schweren Gichtanfällen.

Cannabinol. S. Fränkel ist es gelungen, den wirksamen Bestandteil des Haschisch als einen reinen, chemisch gut charakterisierten Körper darzustellen. Um keine Verwirrung in die Nomenklatur zu bringen, benennt der Autor diesen reinen Stoff „Cannabinol", während er die von Wood, Spivey und Easterfield beschriebenen, unwirksamen Stoffe mit Pseudocannabinol benannt wissen will. Das reine Cannabinol hat die Formel $C_{21}H_{30}O_2$, ist von schwach gelblicher Farbe und dicker Konsistenz. Beim Erwärmen wird es dünnflüssiger und destilliert bei 215° C. und 0·5 mm Hg-Druck. An der Luft oxydiert es sich leicht unter Braunfärbung. Das Präparat löst sich leicht in Alkohol, Aether, Chloroform, Toluol, Eisessig und Petroläther, oxydiert sich aber auch in Lösung unter Braunfärbung und Verlust seiner Wirksamkeit. Da es die Millon'sche Reaktion gibt und sich azetysieren läßt, ist die Annahme gerechtfertigt, daß es ein monohydroxyliertes Phenol ist und aus der weiteren Untersuchung des Autors geht hervor, daß es ein Phenolaldehyd von der Zusammensetzung $C_{20}H_{28}.OH.COH$ ist, woraus sich auch seine leichte Oxydierbarkeit erklären läßt.

Chinaphenin oder Chininkohlensäurephenetidid $CO\begin{cases}NH.C_6H_4.OC_2H_5\\OC_{20}H_{23}N_2O\end{cases}$ ist ein weißes, geschmackloses Pulver, das sich schwer in Wasser, leicht in Alkohol, Aether und Chloroform löst. Seinen therapeutischen Wert hat v. Noorden festgestellt. Bei Keuchhusten gibt man Säuglingen 0·15—0·2 g, älteren Kindern 0·2—0·3 g dreimal pro die, und zwar in Milch, Suppe oder in Schokoladetabletten. Zur Bekämpfung der Neuralgien soll es dem Chinin an Wirkung überlegen sein und als Antipyretikum bewirkt es in Dosen von 1·5—2 g ein allmähliches Fallen der Temperatur, die in 4—5 Stunden ihr Maximum erreicht hat. Nach A. Mori leistet das Präparat bei Malaria bessere Dienste als Chinin, wenn es mit

Digitized by Google

Berücksichtigung seines Chiningehaltes (78%) in entsprechend hohen Dosen gegeben wird, da es die Wirkungen des Chinins und Phenazetins vereinigt.

Bücher-Anzeigen.*)

Hudens Sygdomme og deres Behandling. Af. Ce Rasch. Kopenhagen 1903. Verlag F. Hegel & Sohn.

Die von Boeck und Danielsen inaugurierte nordische Dermatologenschule hat seit ihren glänzenden Anläufen stets das Niveau zu wahren gewußt, welches ihr diese illustren Forscher vorgezeichnet. Bergh und Welander, Boeck jun. und Finsen haben dort das Erbe angetreten, das sie nicht nur gewissenhaft verwalten, sondern zu reichlichster Ausgestaltung bringen. Ihnen schließen sich jüngere Generationen an, die von Kreftig, Rasch und Ahmann geführt, nach wie vor mit strengstem Ernst und seltener Gründlichkeit ihre Bestrebungen vereinen und derart die der Schule von jeher gezollte Achtung stets von neuem festigen helfen.

In diesem Sinne wird sicherlich auch das nahe dem Abschlusse stehende dermatologische Lehrbuch Rasch' sicherlich nicht verfehlen, allerorts, wo fachliche Vertiefung und wissenschaftliche Kritik im Ansehen stehen, den besten Eindruck hervorzurufen. Obwohl sich Rasch als Schüler Besoniers bekennt und die Ansichten, Thesen und Meinungen des französischen Meisters an vielen Stellen der sorgfältig ausgefeilten Monographie wiederhallen, so hat Verfasser immerhin auch aus jenen reichen Erfahrungen den besten Nutzen zu schöpfen gewußt, welche er während seines langen Aufenthaltes an den Wiener Kliniken zu gewinnen Gelegenheit hatte. So bietet denn die durch Eigenforschung nach mancher Richtung hin bereicherte Exposition des Stoffes, eine glückliche Verschmelzung der Lehrmeinungen, welche die Schulen von Wien und Paris beherrschen, wodurch die meisten der behandelten Abschnitte, nebst des didaktischen Wertes ein besonderes fachmännisches Interesse gewinnen.

In der Absicht, das ätiologische Einteilungsprinzip walten zu lassen, setzt die Darstellung mit den tierisch-parasitären Dermatosen ein, woran sich die Beschreibung der Hautmykosen, der tuberkulösen Läsionen, Lepra, Milzbrand und Sklerom anschließen. Hier finden sich bereits die Blastomykose, die Tuberkulide, das Bazin'sche Erythem eingereiht. Das wechselvolle Bild der Lepra, der Aktinomykose, des Lupus etc. illustrieren treffliche Reproduktionen einschlägiger Krankheitsfälle. Dem Begriffe der Streptokokkeninfektion ist eine umfangreiche Gruppe von Läsionen subsumiert, an diese reihen sich Erkrankungsformen, deren mikrobielle Provenienz vielfach noch der definitiven Erhärtung bedarf, daher auch in einem ätiologischen Schema mehr eingezwängt als naturgemäß Platz finden können. Die verschiedenen Akneformen, die Seborrhöe, Impetigo herpetiformis, Warzen und Kondylome kommen derart ohne zusammenfassendes Band nebeneinander zu stehen.

Eine vierte Hauptgruppe umfaßt die durch chemische und physikalische Einflüsse bedingten Affektionen unter Einschluß der Röntgen-Dermatitis. Die einzelnen Erkrankungstypen werden hier wie in allen anderen Teilen in plastischer Schärfe markant skizziert, wobei auch keine einzige überflüssige Bemerkung die räumliche Oekonomie beeinträchtigt.

Die Erytheme, Prurigo, die Dermatitiden, das Ekzem u. a. figurieren in der Klasse der Veränderungen mit variablen Ursachen. Was wieder nur die Unzulänglichkeit einer ätiologischen Klassifizierung beleuchtet.

Diesen Hinweis auf die vorzügliche Leistung unseres Kopenhagener Kollegen reicher auszuführen, gebricht es uns leider an Raum, doch möchten wir dem Wunsche noch Ausdruck verleihen, daß Vf., dem ja das deutsche und französische Idiom gleich geläufig ist, auch noch eine dieser Sprachen zur allgemeineren Verbreitung seines Buches verwerten möge. N.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Soziale und ökonomische Bedeutung der physikalischen Heilmethoden.

Von Dr. **Béni Buxbaum**, poliklinischer Assistent des Hofrates Prof. Winternitz und ordinierender Arzt an der Fango- und Wasserheilanstalt Wien.

1. Vor einiger Zeit wurde in Wien ein Naturheilverein gegründet — es war nicht der erste —, der nach Jahresfrist zirka 30.000 Mitglieder zählte. Gegen einen geringen Jahresbeitrag und eine noch geringere Ordinationstaxe haben die Mitglieder dieses Vereines das Recht, in einer eigens zu diesem Zwecke errichteten Heilanstalt um einen kaum nennenswerten Betrag Wasserkuren zu machen.

*

2. Der ärztliche Leiter einer hiesigen Heilanstalt erzählt folgende Geschichte: Eine der besseren Bürgerklasse angehörige Dame sucht den ordinierenden Arzt dieser Anstalt auf, um dort eine hydriatische Kur durchzumachen. Sie klagt über Herzklopfen, allgemeine Nervosität, hochgradige Erregbarkeit, Schwächegefühl, Appetitlosigkeit. Die Patientin leidet sehr unter diesen Symptomen, die sich im Anschluß an einen psychischen Chok entwickelt haben. Sie ist blaß, aber nicht sehr anämisch, in ihrer Ernährung etwas herabgekommen. Pulsfrequenz 92, der Puls klein, der Blutdruck unter der Norm. Halsumfang größer als vor dem Chok. Leichter Tremor der Hände. Reflexe gesteigert, auffallend stark ist der Fazialisreflex. Der Patientin wurde ein Stammumschlag mit dem Kühlschlauche längs der Wirbelsäule für die Dauer 1 Stunde, hierauf ein Halbbad von 25—23° R. 5 Minuten lang verordnet. Nach der Kur fühlte sich die Patientin sehr wohl, Reaktion war tadellos. Am nächsten Tage fehlte die Patientin zur für die Kur bestimmten Stunde. Erst zwei Stunden später erschien die Patientin und sprach wörtlich folgendes: Herr Doktor, ich habe Ihnen Gutes und Schlechtes zu berichten; das Gute ist, daß ich mich gestern so gut wie noch nie fühlte, ich habe gegessen wie schon lange nicht, ich habe geschlafen, ich habe wenig Herzklopfen gespürt und war sehr ruhig. Aber leider, das ist das Schlechte, ich mußte noch gestern aus Dankbarkeit meinen Hausarzt aufsuchen (von diesem Hausarzte wußte der Anstaltsarzt bisher nichts), um ihm zu berichten und da fuhr er auf und sagte: „Wie können denn Sie eine Wasserkur machen? Sie sind ja hochgradig blutarm, Wasser entzieht ja Wärme. Sie dürfen keine Wärme verlieren, Sie müssen Eisen nehmen!“ Und die Kur hat mir so wohl getan.“

*

3. In einem Wiener Tagblatt war vor einigen Tagen folgende Notiz zu lesen:

Da das Kurpfuscherwesen auf dem Lande trotz der bestehenden Gesetze gegen die Kurpfuscherei immer mehr überhandnahm, das Volk sich, aufgewiegelt durch Naturheilärzte und Kurpfuscher, weigerte, die Kinder impfen und der Behandlung mit Diphtherieserum teilhaftig werden zu lassen, hat die niederösterreichische Statthalterei, jüngst die Landesregierung der Bukowina, worüber wir bereits berichtet, folgendes Zirkular an die Magistrate und Bezirkshauptmannschaften von Niederösterreich gerichtet: „Wie aus den dem Landessanitätsberichte zugrunde liegenden Berichten hervorgeht, üben im hierortigen Verwaltungsgebiete zahlreiche Kurpfuscher die Heilkunde

Digitized by Google

aus und schädigen damit die Heilungsuchenden sowohl in gesundheitlicher als in materieller Hinsicht. Da die Ausübung der Heilkunde nach den Bestimmungen des Hofkanzleidekrets vom 3. November 1808 an den Besitz eines im Inlande erworbenen Diploms geknüpft ist, werden die unterstehenden Behörden aufgefordert, ihre besondere Aufmerksamkeit dem Treiben der Kurpfuscher (Wender, Ansprecher, Masseure etc.) zuzuwenden, bei jeder sich ergebenden Gelegenheit durch den Amtsarzt die Bevölkerung über die Schädlichkeit der Kurpfuscherei belehren zu lassen und diesem Unfuge mit aller Energie entgegenzutreten. In jenen Fällen, in denen eine gerichtliche Verfolgung durch den mangelnden Nachweis der „gewerbsmäßigen" Tätigkeit nicht eintreten kann, ist strenge nach den Bestimmungen der Ministerialverordnung vom 30. September 1857 vorzugehen." So weit der Statthaltereierlaß. In der Praxis wird jedoch den Kurpfuschern weit weniger streng auf die Finger gesehen. Auf dem Lande, wo oft stundenweit kein Arzt zu finden ist, ist es eher erklärlich, wenn der ungebildete Bauer den erstbesten Kurpfuscher aus der Nähe holt. In Wien aber, wo es nahezu 3000 Aerzte gibt und ärztliche Hilfe selbst für den ärmsten Teufel genügend zu haben ist, blüht das Kurpfuschertum jetzt mehr denn je, speziell in Ottakring und Hernals. Dort wimmelt es nur von Wunderdoktorinnen und Dürrkräutlern, die für jede Krankheit einen wunderwirkenden Tee haben. Diesen Unfug abzuschaffen, wäre die Aufgabe des Wiener Stadtphysikats.

*

Wenn man diese hier skizzierten Tatsachen betrachtet, so sind es viel weniger die medizinisch-wissenschaftlichen als die sozialärztlichen, materiellen Fragen, die sich hier aufdrängen. Man denkt an die ungünstigen, wirtschaftlichen Verhältnisse des ärztlichen Standes und nimmt die oben erwähnten Tatsachen als Ursache und Wirkung eines materiellen Niederganges, wie er rapider und vehementer sonst nirgends zu beobachten ist.

Fast scheint es überflüssig, das Wenige, was hier gesagt wurde, zu begründen. Die sozialärztlichen, mündlichen und schriftlichen Auseinandersetzungen, die wir nun fast täglich in medizinischen und politischen Zeitungen zu lesen und in allen ärztlichen Vereinigungen inklusive Aerztekammer zu hören bekommen, belehren uns jedoch, daß es angebracht ist, auch einmal diese Dinge öffentlich zu beleuchten und einmal zu zeigen, daß es noch andere Ursachen gibt, als die tagtäglich zur Erörterung gelangenden, welche die materiellen Interessen der Aerzte schädigen! Es sind nicht allein die Krankenkassen und die jetzt so arg bekämpften Ambulatorien, die uns Aerzte schädigen; ich will auch nicht davon sprechen, daß die gegenseitige Bekämpfung — ein sehr beliebtes Kampfmittel ist ja das Desavouieren der Verordnungen von Kollegen — das dem Ansehen und den materiellen Interessen des Aerztestandes gefährlichste Mittel ist. Eines der größten Uebel ist, daß die Aerzte es nicht verstanden haben, sich eines der besten Heilverfahren zu bemächtigen, daß das Gros der Aerzte die Naturheilmethoden, die nicht nur wissenschaftlich fest begründet sind, sondern auch die populärsten Heilmethoden geworden sind, vollständig vernachlässigte und zugesehen hat, wie ein Naturheilverein um den andern gegründet wurde, daß sie es stillschweigend zugesehen haben — allerdings scheint sie der aussichtslose und bisher auch ganz resultatlose Kampf gegen die Krankenkassen erschöpft zu haben — wie die sogenannten Naturheilkünstler, Kurpfuscher ärgster Kategorie, dem Instinkt des Volkes Rechnung tragend, die natürlichen Heilmethoden völlig monopolisiert haben!

Die Geschichte der Therapie der letzten Jahrzehnte zerfällt in drei Epochen: 1. Polypragmasie, 2. Nihilismus, 3. Physiatrie. Die eine ist die notwendige Folge der vorhergehenden. Heute stehen wir mitten in der dritten Epoche. Jahrzehntelang haben ganz vereinzelte Männer der Wissenschaft die undankbare Pflicht auf sich genommen, in Wort und Schrift die Notwendigkeit der Einführung der wissenschaftlichen Hydrotherapie in den Lehr-

Digitized by Google

plan der Universitäten zu propagieren. Hier in Wien war es ein Mann, Winternitz, der lange genug ganz allein den Kampf geführt hat, der gelehrt hat, das Wasser bei den verschiedensten Erkrankungen sachgemäß anzuwenden, der eine Schule gegründet hat, um seinen Lebensplan: „Die Hydrotherapie muß Gemeingut aller Aerzte werden" auch durchsetzen zu können. Welchen äußeren Erfolg hatte er? Seine Vorlesungen waren von zahlreichen Aerzten besucht, aber nur wenige hatten die Kraft und auch den Mut, die Lehren, die sie bekamen, praktisch zu verwerten. Allmählich gelangten die wissenschaftlichen Kreise zu der Ueberzeugung, daß den physikalischen Heilmethoden, unter ihnen auch der Hydrotherapie, ein entsprechender Platz im Lehrplan der Universität eingeräumt werden müsse; Lehrkanzeln für Hydrotherapie wurden errichtet und immer weitere Kreise beschäftigten sich mit den physikalischen Heilmethoden, deren physiologische Begründung, wissenschaftliche Gleichberechtigung und dem Unterrichte. Um Mißverständnissen vorzubeugen, betone ich, daß ich hier von den Universitäten im allgemeinen spreche. Wie die Verhältnisse speziell hier in Wien liegen, ist ja bekannt. Es bestehen also Lehrkanzeln für die physikalischen Heilmethoden, aber noch immer fehlte es dem Gros der Aerzte, den Praktikern, an Kraft und an Mut, die physikalischen Heilmethoden ins Volk zu tragen. Da vollzog sich das, was wir in der Weltgeschichte so oft beobachten. Die Bewegung kam aus dem Volke. Die kranken Menschen verlangten die Behandlung mit Wasser und da diese Behandlung seitens der Aerzte ihnen zumeist nicht zuteil wurde, wendeten sie sich denjenigen zu, die den Willen des Volkes erkannten und ihm gehorchten. Tausende von Kranken wallfahrten alljährlich in die zumeist von Laien geleiteten Heilanstalten in Deutschland, unzählige Badediener und Badedienerinnen, Masseure und Masseusen, Eigentümer von Sonnen-, Sand- und Luftbädern kurpfuschern an zahllosen Kranken, die eben ihr Heil dort suchen, wo sie es zu finden hoffen, unbekümmert um die wissenschaftliche Befähigung ihrer Heilspender. Wir stehen inmitten einer Epoche, in der die natürlichen Heilmethoden ihren Weg ins Volk gefunden haben und nur die Aerzte verschließen sich dieser Tatsache. Und die unseligen Folgen bleiben nicht aus. In ärztlichen Vereinen werden Maßnahmen gegen Kurpfuscher und Naturheilkünstler besprochen und werden Gesetze gefordert; unterdessen blühen und gedeihen Kurpfuscher und Naturheilvereine; in ärztlichen Kreisen werden die Indikationen der physikalischen Heilmethoden immer mehr und mehr eingeengt und unsere Patienten sind dankbar genug und füllen die Naturheilanstalten.

Ich bin weit davon entfernt, die Sucht der kranken Menschen, sich von Laien behandeln zu lassen, zu unterschätzen und den Aerzten die alleinige Schuld zuzuschieben. Das Kurpfuschertum blüht seit jeher und zu allen Zeiten baderten und kurpfuschten alle Kategorien zugrunde gegangener und dunkler Existenzen. Das ist aber ein Beweis dafür, daß die Kranken instinktiv in der Natur ihre Heilmittel suchen. Das Mystische und Geheimnisvolle, mit dem die Kurpfuscher ihre Kuren umgeben, war und ist ihnen nur ein Lockmittel mehr. Wir haben ja auch noch hiefür andere traurige Beweise. Die mit dem ärztlichen Diplom versehenen Heilkünstler, die Magnetiseure e tutti quanti, die zu den meistbeschäftigten Aerzten gehören.

Aber einen großen Teil der Schuld tragen die Aerzte selbst und sie tragen sie schwer. Die Aerzte haben die Pflicht, sich mit den natürlichen Heilmethoden zu beschäftigen und ihre Indikationen kennen zu lernen. Nur auf diesem Wege werden sie sich die Kurpfuscher — ihre viel gefährlicheren Konkurrenten als Ambulatorien es sind — vom Halse schaffen. Das Urgieren von Gesetzen, von staatlichem Schutz gegen die Kurpfuscher hat, wie die Erfahrung lehrt, einen sehr problematischen Wert.

Die mit physikalischen Heilmethoden zu behandelnden Patienten zerfallen in drei Kategorien: 1. in solche, welche in ihrem Heime die Behandlung durchmachen; 2. in diejenigen, welche ambu-

Digitized by Google

latorisch in einer Heilanstalt behandelt werden; 3. in solche, welche ihr Heim gänzlich verlassen und Heilanstalten aufsuchen müssen. Das Gros der Patienten bleibt gerne im eigenen Heim und das sind auch die Patienten, welche ja für den praktischen Arzt in doppelter Hinsicht in Betracht kommen. Erstens bleiben die Patienten unter steter Kontrolle ihres Arztes, zweitens erleiden die praktischen Aerzte keinerlei materielle Einbuße. Es entsteht nun vor allem die Frage: Ist es auch möglich, die physikalischen Heilmethoden im Hause des Patienten praktisch durchzuführen? Die Beantwortung dieser Frage liegt in der Tatsache, daß sich zunächst die Wirkung der hydriatischen Prozeduren aus der Kombination eines thermischen und mechanischen Reizes zusammensetzt, daß die Wirkung der hydriatischen Prozeduren hauptsächlich von der Dosierung des thermischen und mechanischen Reizes abhängt, daß sie von diesen Faktoren und nicht von der Applikationsform abhängig ist. Mit einer Applikationsform kann man die verschiedensten Effekte hervorrufen und ich berufe mich hier auf ein Wort Winternitz', das klassisch ist und das besagt: Man kann Hydrotherapie mit einem Kübel Wasser und einem Tuche treiben! Man braucht keine komplizierten Einrichtungen, um hydriatisch zu behandeln, aber man muß das Indikationsgebiet der Hydrotherapie und ihre Methodik beherrschen. Wie viele an den Erkrankungen der Verdauungsorgane und der Respirationsorgane laborierende Patienten befinden sich alltäglich in den Händen der kurpfuschenden „Naturheilkünstler", weil die zahlreichen Medikamente, die sie konsumierten, keine Besserung bewirkten? Diese sind ja der Stolz der Laienheilkünstler, weil sie es verstehen, nicht nur die Medikamente zu entziehen, sondern ihnen auch tatsächlich geeignete einfache Prozeduren zu verordnen und sie zur Durchführung zu verhalten. Man höre nur mit welcher Begeisterung solche Patienten von den glänzenden Erfolgen der ihnen verordneten Umschläge sprechen und leider zahllose Patienten urteilen in ihrer Begeisterung für den „Laienarzt" sehr abfällig über den Arzt, der „es nicht einmal versucht hat, einen Umschlag anzuordnen."

Ich habe früher erwähnt, daß das Indikationsgebiet der Hydrotherapie immer mehr und mehr eingeengt statt erweitert wird. Ich muß hier eine Korrektur anbringen. Das Gebiet, welches die Praktiker im allgemeinen den Hydrotherapeuten zugewiesen und zuerkannt haben, war nie sehr groß und auch heute noch ist vielfach die Meinung verbreitet, daß das Wasser bei fieberhaften Infekten und höchstens noch bei der Neurasthenie anwendbar sei und daß es geradezu einen Kunstfehler bedeute, hydriatische Prozeduren bei anämischen, in ihrer Ernährung herabgekommenen Patienten zu verordnen. Freilich ist noch immer in vielen Kreisen der Begriff Hydrotherapie mit Kaltwasserkuren identisch und von diesem Gesichtspunkte aus hätten ja die erwähnten Kreise Recht, aber in der Hydrotherapie finden doch die verschiedensten Temperaturen Anwendung und die Kombination verschiedener Temperaturen, Temperaturkontraste, abgesehen davon, daß sehr wichtige Grundsätze in der Hydrotherapie lauten: einem anämischen Menschen darf keine Wärme entzogen werden, solche müssen vor der Anwendung niedriger Temperaturen erwärmt werden und daß man mit Wasser auch niedrigen Temperaturgrades nicht nur abkühlen, sondern auch erwärmen kann! Das sind Grundsätze, die den Praktikern ins Fleisch und Blut übergehen sollten und sie werden dadurch den Patienten und sich nicht nur nützen, sondern auch anderseits vieles verhüten können.

Die großen Erfolge, die heute in der Behandlung der Lungentuberkulose in vielen Heilanstalten erzielt werden, sind nicht nur auf die günstigen hygienischen Verhältnisse zurückzuführen, sondern vielleicht zum großen Teil auf die Anwendung der physikalischen Heilmethoden, unter denen die Hydrotherapie obenan steht! Die Prozeduren, welche in Anstalten angewendet werden, können aber auch in jedem Haushalte durchgeführt werden und namentlich im Beginn der Erkrankung werden Kreuzbinden, Abreibungen, Teilabreibungen, Herzkühlapparate gewiß

Digitized by Google

viel bessere Dienste leisten als die üblichen Medikamente, und dabei werden die Aerzte den Vorteil haben, daß ihnen ihre Patienten treu bleiben und nicht den Naturheilkünstlern scharenweise zulaufen.

Und ebenso verhält es sich mit zahlreichen anderen Erkrankungen, ganz besonders mit den Infektionskrankheiten.

Ich will hier einige Episoden aus meiner frühesten Kindheit erwähnen, die heute lebhafter denn je in meiner Erinnerung auftauchen.

Im Jahre 1873 herrschte in meiner Heimat die Cholera. Wir wohnten damals in einem der dichtest bewohnten Stadtteile, dort gab es naturgemäß die meisten Erkrankungen, aber die wenigsten Todesfälle. In diesem Stadtteile wohnte ein „Naturheilkünstler", ein Wasserarzt Frohmann, und dem Umstande, daß die Bewohner treue Anhänger dieses Mannes waren und sich von ihm behandeln ließen, war es zu verdanken, daß bei einer großen Morbidität eine sehr geringe Mortalität zu verzeichnen war. Er behandelte die Cholera im Gegensatz zu anderen Aerzten mit Abreibungen, Lakenbädern, die er selbst vornahm — auch mehrmals täglich, und noch heute existiert in dem Orte eine große Gemeinde überzeugter Anhänger der Hydrotherapie. Zwei von Aerzten geleitete, gut besuchte Wasserheilanstalten sind bleibende Zeugen der Erziehung des Publikums zu getreuen Verehrern des Wassers.

Ein andermal herrschte dort eine Scharlachepidemie. Ich selbst erkrankte ebenfalls an Scharlach. Zum Entsetzen aller Väter und Mütter behandelte der Wasserarzt mit Teilwaschungen, darauffolgenden Einpackungen und abgeschreckten Bädern alle Fälle von Scharlach und er hatte nur sehr wenige Todesfälle und gar keine Nachkrankheiten. Man kann es übrigens mit Genugtuung konstatieren, daß doch wenigstens noch die akuten Infektionskrankheiten die alleinige Domäne der Aerzte geblieben sind. Aber sehr traurig ist es mit den Erkrankungen der Zirkulationsorgane bestellt. Die Erkrankungen der Zirkulationsorgane waren für die Laien früher ein Nolimetangere. Noch Prießnitz schloß jeden Herzkranken von der hydriatischen Behandlung aus. Auch die Aerzte verhielten sich natürlich ganz ablehnend. Den mühevollen Arbeiten Winternitz' gelang es jedoch, die Indikationen für die hydriatische Behandlung der Kreislaufstörungen festzustellen, und wir besitzen heute in der Hydrotherapie ganz ausgezeichnete Hilfsmethoden zur Verhütung und Bekämpfung von Kompensationstsörungen. Ich erwähne nur des Herzkühlapparats, der Teilabreibungen, des Winternitzschen Dampfbades in der Wanne, um zu zeigen, daß alle diese Methoden oder die meisten derselben in der häuslichen Praxis ohne jede Schwierigkeit und unter der Aufsicht des individualisierenden Arztes angewendet werden können. Nun geschieht dies leider nur in den seltensten Fällen und erst in der jüngsten Zeit erlebte ich folgenden Fall, der wieder dafür spricht, daß die Kranken im allgemeinen keine Gegner, ja im Gegenteil Anhänger der physikalischen Heilmittel sind. Ein 56jähriger Fabrikant leidet an einer Insuffizienz des Mitralis mit schweren Kompensationsstörungen, Oedem, Hydrops-Aszites etc. Der Herzmuskel ist insuffizient. Digitalis, Strophantus, Diuretin ohne Erfolg. Er beurlaubt seinen Arzt und läßt sich vom Nachbar, einem Kassier einer Krankenkasse, behandeln. Dieser leitet folgende Kur ein: methodisches Wassertrinken! strenge Milchkur! Zweimal täglich Anwendung eines selbst konstruierten, die untere Körperhälfte treffenden Dampfbades für die Dauer von 15 Minuten, mit Nachdunsten von $^3/_4$ Stunden, Applikation von Umschlägen um die unteren Extremitäten und den Bauch. Der Patient wurde arbeitsfähig. Der Kranke war mein Nachbar auf dem Lande und ich hatte Gelegenheit, als Unbeteiligter den Verlauf zu beobachten. Dürfen und sollen sich die Aerzte solche und ähnliche Erfolge entgehen lassen? — Freilich haben die Kranken Laien gegenüber erfahrungsgemäß eine größere Geduld, namentlich dann, wenn sie vorher schon längere Zeit von Aerzten behandelt wurden, aber die Erfahrung lehrt auch, daß die Patienten erzogen werden

Digitized by Google

können und ich habe es oben an einigen Beispielen erwiesen.

*

Es kann hier auf das Verhältnis der Aerzte zur Massage und Heilgymnastik nicht eingegangen werden. Ich zitiere hier ein Wort des Geheimrats Dr. von Reyher: „Bei der heutigen, zum Teile künstlich hervorgerufenen Skepsis unter dem Laienpublikum gegen die altbewährten Heilmethoden stürzt sich ein Kind unserer Zeit mit naivem Vertrauen auf die als allein seligmachend gepriesene Naturheilmethode. Durch letztere wird leider das Ansehen der nach wissenschaftlicher Anerkennung schwer ringenden physikalischen Heilmethoden erheblich geschwächt.“ Dieses Wort charakterisiert zunächst ebenfalls den Kampf, den die Aerzte gegen die Naturheilkünstler zu bestehen haben, es zeigt aber anderseits die Notwendigkeit, daß die Aerzte sich intensiver mit dem Zweige der physikalischen Heilmethoden beschäftigen sollten, an welchen Reyher hier zunächst gedacht hat: der Massotherapie. Er sagt weiter: „Wir können die Massage in der Praxis nicht mehr entbehren, auch nicht ausschließlich Spezialisten überlassen; ... wir müssen sie mit Berücksichtigung des gesamten Heilschatzes in unseren Heilplan einschalten.“ Damit ist aber auch die Stellung des Arztes zur Frage der Laienmassage präzisiert. Die Massage als wichtiger und wirkungsvoller Teil der Therapie gehört den Aerzten! Freilich kann auch hier mit Gesetzen resp. staatlichen Verboten wenig an der Tatsache geändert werden, daß heutzutage die meisten Massagen von Laien ausgeübt werden, und selbst ein völliges Verbot der Laienmassage wird nicht so einschneidend und entscheidend die Frage lösen, als die Beschäftigung der Aerzte mit der Massage. „Daß Aerzte ausschließlich die Massage ausüben sollen, wird ein Wunsch bleiben, so lange wir nicht mehr technisch geschulte Aerzte zu diesem Zwecke zur Verfügung stellen können.“ Aber die Aerzte müßten den Wert und das Wesen der Massage gründlich studieren, da der Erfolg der Massage abhängig ist von dem Verständnis der pathologischen Vorgänge und der Wirkung der Massage, von welchen allein die Indikation der Massagehandgriffe abgeleitet werden kann. Die Laienmasseure können diesen Forderungen selbstredend nicht gerecht werden und Hoffa hat recht, indem er die Laienmassage ohneweiters verwirft und verlangt, daß die Massage nur von technisch geschulten Aerzten ausgeübt werden soll.

Ein sehr erfolgreiches Terrain für die Betätigung des Aerztes bildet das jüngste und modernste Kind der Gymnastik: die Uebungstherapie, welche einen gewaltigen Umschwung in der Behandlung der Erkrankungen des Zentralnervensystems gebracht hat. In das Gebiet der bahnenden und hemmenden Uebungstherapie gehören vor allem hemiplektische und apoplektische Affektionen, Muskelatrophien, Intentionszittern, Beschäftigungsneurosen, Athetose, hysterische Kontrakturen und es gelingt bei vielen der genannten Affektionen, wenn dieselben nicht zu lange bestanden haben, bisweilen schon nach kürzester Zeit, durch einfachste Bewegungsübungen, die sowohl im Hause des Patienten als auch in jeder Ordinationsstube ohne Aufwand eines großen Armamentariums durchführbar sind. Die Kombination von Bädern mit Uebungstherapie, die kinetotherapeutischen Bäder, technisch leicht durchführbare Prozeduren, wirken geradezu Wunder, und es ist eine Lässigkeit, solche „Wunderkuren“ den Laien und den sogenannten wundertätigen Quellen zu überlassen. Solche Heilungen sind Wirkungen von bahnender Uebungstherapie und wir Aerzte sind nicht nur berechtigt, sondern geradezu verpflichtet, in den von der Wissenschaft gesetzten Grenzen von der in vielen Fällen mit der bahnenden Uebungstherapie verbundenen Suggestion Gebrauch zu machen.

Welch ungeahnte, gewaltige Erfolge kann der Arzt mit der von dem Schweizer Arzte Frenkel geschaffenen und ausgearbeiteten kompensatorischen Uebungstherapie erzielen und welch dankbare Beschäftigung ist diese Behandlung der Tabiker für den Arzt. Wenn man noch in Betracht zieht, daß zur Durchführung der Uebungen nur eine Reihe von Boden-

Digitized by Google

zeichnungen erforderlich ist, dann ist es fast unbegreiflich, daß sich die Aerzte so wenig mit dieser einzig Erfolg aufweisenden Behandlung der Tabes beschäftigen. Fast scheint es, als ob die Aerzte auch hier warten, bis die Technik dieser Behandlungsmethode ins Volk gedrungen sein wird. Ein leiser Anfang ist schon zu beobachten und es darf nicht gewartet werden, bis die Kurpfuscher auch hier doppelten Schaden angerichtet haben: den Kranken und den Aerzten.

Von der Wirkung äußerlich anwendbarer Salizylpräparate.

Von Dr. **Jenö Unterberg**, emerit. Assistenzarzt der I. Int. Klinik in Budapest.

Seitdem Rieß im Jahre 1875 die Salizylsäure zur Behandlung des Gelenksrheumatismus empfahl (Berliner klin. Wochenschrift 1875, Nr. 50 und 51), wurde es als souveränes Mittel gegen diese Krankheit anerkannt. Die älteren Medikamente fielen beinahe vollständig der Vergessenheit anheim.

Mit der Zeit erkannte man einzelne schädliche Einflüsse, sogenannte „Nebenwirkungen" der Salizylsäure und ihrer Salze. Wir wissen heutzutage, daß sie den Appetit verdirbt, zuweilen Brechen oder Magenschmerzen, in anderen Fällen Schwindel, Ohrensausen, Kopfschmerzen, temporäre Taubheit oder Blutwallungen im Gesicht verursacht. Profuse Schweißsekretionen, Irritation der Nieren, Hautausschläge gehören nach ihrem Gebrauche auch nicht zu den Seltenheiten; sie kann auch Muskelzuckungen, Herzklopfen, seltener Delirien, verstärkte Anlage zu Blutungen oder Abortus zur Folge haben. Es wurden auch einzelne Fälle beschrieben, wo relativ geringe Mengen, wie 0·7, 2·5, 3·5 g bei empfindlichen Individuen den Tod verursachten.

Infolge der erwähnten Uebelstände wurde eine Unmasse von Ersatzmitteln anempfohlen; welche aber dem salizylsauren Natrium den Rang doch nicht streitig machen konnten. Unter den Ersatzmitteln konnten sich dagegen nur einige wenige in der Therapie einen definitiven Platz sichern. Der Kredit des salizylsauren Natriums wurde auch dadurch nicht erschüttert, daß nach einzelnen, entsprechend gruppierten statistischen Tabellen, nach seinem Gebrauche häufiger Komplikationen von Seite des Herzens auftreten sollen. Und obwohl es allbekannt ist, daß vereinzelte · italienische Autoren vollständig die Heilwirkung der Salizylsäure leugnen, so bestätigt die alltägliche Erfahrung auf Schritt und Tritt dennoch, daß wir im salizylsauren Natrium eine mächtige Heilkraft besitzen. Wenn diese Tatsache aber zweifellos feststeht, so ist es dagegen auch wahr, daß der praktizierende Arzt oft mit Bedauern die schädliche Wirkung dieses Salzes, welches sich in erster Reihe auf den Magen bezieht, empfindet. Ich glaube, daß diese lokale Schädlichkeit hauptsächlich durch die antifermentative Wirkung der Salizylsäure und ihrer Salze entsteht, wobei natürlich auch die lokale Irritation eine Rolle spielt. Es ist selbstverständlich, daß in den nicht äußerst seltenen Fällen, wo wir heftigen Magenschmerzen, peinlichen, sich wiederholenden Erbrechen, vollständiger Appetitlosigkeit, oder Ekel vor jeder Nahrung gegenüberstehen, die weitere Eingabe des Medikaments nicht forciert werden darf. Im entgegengesetzten Falle verursachen wir durch Schwächung des Organismus und Verschlechterung der Ernährung dem Kranken einen größeren Schaden als Nutzen. Dann verwendet man in solchen Fällen ein Ersatzmittel des salizylsauren Natriums. Ich will an dieser Stelle nichts über die Vorzüge oder Nachteile der einzelnen Ersatzmittel sprechen, ich möchte nur soviel erwähnen, daß — obwohl die meisten eine schwächere Wirkung zu haben scheinen als das salizylsaure Natrium — ich dennoch weder unter den verschiedenen salizylsauren Salzen,

Digitized by Google

noch unter der Legion der verschiedenen salizylsauren Verbindungen oder unter Arzneimitteln, welche verwandte chemische Konstitutionen haben, kein einziges finden konnte, welches vollständig frei von „Nebenwirkungen" wäre. Ich hatte selbst bei Anwendung von Mitteln, welche sich nur in den Gedärmen zerspalten dürften — deren Prototyp das Salol ist — Fälle gesehen, wo nicht die allgemeine toxische Wirkung, oder die Beschädigung der Ausscheidungsorgane: Niere und Haut in den Vordergrund trat, sondern es traten eben häufiger gastrische Beschwerden auf, wie Magenbrennen, schnell vorwärtsschreitender gänzlicher Appetitmangel, saures, später galliges Erbrechen.

Bei solchen empfindlichen Individuen muß also das Dilemma auf andere Weise gelöst werden. Man kann salizylsaures Natrium in Form von Klysmen in Dosen von 1—10 g per anum verabreichen; oder dann und wann mit Erfolg in Dosen von $^1/_2$—2 g in Form von Suppositorien. In Fällen, wo sich auch dies als unausführbar erwies, experimentierte man mit subkutanen Injektionen; welche aber wegen der Schmerzhaftigkeit nicht mehr angewendet werden. In neuester Zeit wurde von französischer Seite die intraartikuläre Injektion des salizylsauren Natriums empfohlen, wodurch man angeblich mit kleinen Dosen vollständige Wirkung erzielen konnte. Meinerseits glaube ich nicht, daß sich diese Methode sehr verbreiten würde, teilweise weil sie nicht ganz ungefährlich ist, anderseits aber, weil ich nach — nur periartikulären — Injektionen von Karbolsäure und von Antipyrin stärkere Kontrakturen entstehen sah. Endlich ist die theoretische Grundlage dieser Indikation: daß der akute Gelenksrheumatismus eine lokalisierte Infektionskrankheit der Gelenke und der serösen Häute ist, nicht bewiesen. Es ist im Gegenteil viel wahrscheinlicher, daß er eine allgemeine Infektionskrankheit ist, dessen hauptsächlichste Lokalisationen die augenscheinlichsten Symptome verursachen.

Viel größere Aussichten als die erwähnten Methoden hat die perkutane Applikation. Das salizylsaure Natrium selbst kann äußerlich nicht verwendet werden, da es nach Professor von Kétli (A belgyógyászat kézikönyne 1894. Korányi, Kétli, Bókay 1 k. 598 old.) keine keratolytische Eigenschaft hat und so auch nicht resorbiert wird. Desto besser wird aber die reine Salizylsäure durch die Haut aufgenommen.

Wie bekannt, ist die Salizylsäure Orthooxybenzolsäure, dessen chemische Formel $C_6H_4\begin{matrix}-COOH\\-OH\end{matrix}$ ist. Aeußerlich wurde sie zuerst im Jahre 1887 von Ruel angewendet, aber sie fand nur nach der Veröffentlichung der Resultate (Rev. médic. de la Suisse romande 1903 août) allgemeine Verbreitung. Nachdem sie sich auch in warmem Wasser nur schlecht löst, pflegt man gewöhnlich ihre alkoholischen oder glyzerinischen Lösungen anzuwenden. Viele genaue Untersuchungen zeigten indessen, daß sie durch die Haut am leichtesten in Form einer Terpentinsalbe aufgenommen wird. Z. B.: Acidi salicylici, Olei terebinthinae aa 10·0, Axungiae porci 100·0. (Spezielle Pathologie und Therapie. H. Nothnagel. V. Band. 2. I. Teil, S. 477—479.) Die Wirkung der äußerlich angewendeten Salizylsäure ist viel geringer, als nach innerer Darreichung. Sie entfaltet nach Professor Přibram überhaupt erst dann eine Wirkung, wenn sie auch schon eine leichte Dermatitis verursacht. Man kann bei der perkutanen Verwendung 6—8 oder auch 10 g der Säure täglich auf einmal verreiben. Man soll aber womöglich jeden Tag den Platz der Einreibung wegen der leicht entstehenden Dermatitiden etwas verändern. Meine Beobachtungen zeigten mir zwar, daß bei äußerlicher Anwendung die Wirkung schwächer und langsamer ist als bei der innerlichen Anwendung der salizylsauren Salze; wenn die innere Darreichung jedoch unmöglich ist, leistet die perkutane Applikation ganz gute Dienste. Außer der Allgemeinwirkung hat sie auch eine gewisse lokale schmerzstillende Eigenschaft.

In ähnlichen Fällen, wo das salizylsaure Natrium nicht vertragen wird, verwendet man, meistens äußerlich, selten

Digitized by Google

innerlich oder subkutan das Wintergreenöl. Außerdem wird es bei den verschiedenen akuten und chronischen Gelenksaffektionen immer vorteilhaft verwendet; und in Amerika, wo es gegen sehr verschiedenartige Krankheiten und Symptome angewendet wird, sah man gute Erfolge der innerlichen Darreichung bei Sommerdiarrhöen. Der wichtigste Bestandteil des erwähnten Oeles ist der Methyläther der Salizylsäure, dessen chemische Struktur $C_6H_4\begin{matrix}-COO-CH_3\\-OH\end{matrix}$ ist. Es wird meistens aus der Gaultheria procumbens Linn. gewonnen, aber es kommt außerdem in mehreren Gaultheriaarten und in noch einigen Pflanzen vor. — So wird es auch aus der Betula lenta und Spiraea ulmaria gepreßt. Endlich wird es auch im großen synthetisch fabriziert. Das Oel kommt im Handel unter sehr vielen Namen vor; meistens wird es aber „Oil of Wintergreen" genannt. Es ist farblos, oder schwach gelblich. An der Luft verändert sich seine Farbe auf gelb bis rötlichgelb. Sein spezifisches Gewicht beträgt meistens 1·183—1·187 g, sein Siedepunkt 219—221° C. Es hat einen starken, durchdringenden, aromatischen, aber nicht unangenehmen Geruch. Es wurde im Jahre 1843 von Löwig und Weidmann entdeckt und wahrscheinlich auch von ihnen zuerst zu therapeutischen Zwecken verwendet. Daß es ein Salizylpräparat in großer Menge enthält, wurde von Poorter entdeckt, wogegen Cahours seine chemische Zusammensetzung und Synthese bestimmte. Auf Grund dieser Arbeit wurde es auch im großen fabriksmäßig synthetisch hergestellt. Das Wintergreenöl hat nach seiner Herkunft und Bereitungsweise etwas verschiedene Eigenschaften und chemische Zusammensetzungen. So gibt zum Beispiel Pettigrew an, daß das Oel der Gaultheria procumbens 30% Terpene enthält. Eine andere Probe desselben Oels besteht nach Procter auf 90% Methylsalizylat und 10% Gaultherilen ($C_{10}H_{16}$). Das Oel der Betula lenta ist nach demselben Procter reines Methylsalizylat. Das aus der Andromeda Leschaulti gewonnene Oel, von welchem nach Europa leider kaum etwas gelangt, ist feiner als andere Oele und hat ein angenehmes Aroma. Weiters, wenn man Heyden'sches künstlich bereitetes Oel — welches aus zwei Teilen Salizylsäure, zwei Teilen Holzessig und einem Teil konzentrierter Schwefelsäure durch Destillation bei 220 Grad entsteht — mit Wasser fest zusammenschüttelt, so entsteht eine Emulsion, welche ziemlich lange getrübt bleibt. Wogegen die amerikanischen Oele sich sehr schnell aus der Emulsion scheiden und schichten. Die natürlichen Oele enthalten endlich fast immer mehr oder weniger Tannin, das in dem synthetischen fehlt. Manchesmal ist der Grund der Verschiedenheit, daß die aus Amerika stammenden Oele mit Sassafras gefälscht, sind. — Ich will nicht diskutieren, ob einzelne Autoren recht haben, indem sie behaupten, daß alle synthetisch fabrizierten Salizylpräparate minderwertig sind als die aus Pflanzen gewonnenen. Bei solchen Beobachtungen spielt die zufällige Verteilung der Fälle und die Autosuggestion eine große Rolle. Soviel kann ich aber aus eigener Erfahrung behaupten, daß die verschiedenen Wintergrünöle, deren Eigenschaften ein wenig verschieden sind, oft große Wirksamkeitsdifferenzen zeigen.

Zu therapeutischen Zwecken wurde das Oel zuerst in Amerika benützt. Die bei akuten Gelenksrheumatismus erzielten Resultate veröffentlichte in wissenschaftlicher Form zuerst Francis Kinnicut im Jahre 1882 (New-York med. Record 1882, Nr. 4). Da es relativ selten Magenbeschwerden verursacht und, wenn auch meistens nur geringe, verbreitete sich sein Gebrauch sehr schnell. Mit der Zeit gewahrte man, daß auch dieses Mittel nicht frei von ungewünschten Nebenwirkungen sei. Es kann das Nervensystem, ähnlich wie das salizylsaure Natrium, angreifen, es kann Hautausschläge verursachen und auch die Nieren reizen. Natürlich fast immer bei innerlicher Anwendung. Es wurden auch, nach Einnahme von 20—30 g — in diesen Fällen wurde das Oel zu abortiven Zwecken gebraucht

Digitized by Google

— mehrere letal endende Fälle beschrieben. Die literarischen Daten resumierend, können wir sagen, daß das Wintergrünöl etwa 3—3½mal schwächer toxisch wirkt wie das salizylsaure Natrium. Es ist aber nicht mein Zweck, mich an dieser Stelle mit der internen oder subkutanen Dosierung zu beschäftigen — dies ist auch nach der ausführlichen Monographie Rottenbillers (Orvosi Hetilap. XLIV. é. 15—18 sz.) überflüssig —, ich möchte nur von meinen, bei äußerlichen Applikationen gesammelten Erfahrungen Rechenschaft geben.

Die ausgezeichnete Wirkung der perkutanen Anwendung ist in sämtlichen romanischen Ländern bekannt. In den Vereinigten Staaten gilt es als Panaceum und ist auch offiziell in der Pharmakopöe aufgenommen. Außerdem gebraucht man es fast in sämtlichen Spitälern von Frankreich, Portugal etc. In Deutschland und in der österreichisch-ungarischen Monarchie wird es fast gar nicht angewendet. Aber die wenigen, die es benützen, wie z. B. der Prager Professor Přibram (Der akute Gelenksrheumatismus. 1899. Alfred Přibram. S. 468), loben die verläßliche und erstaunlich rasche Wirksamkeit des Oeles. Ich sah es sehr oft in den Pariser Spitälern anwenden und nahm im St. Antoine-Spital während des ganzen Ablaufes der Krankheit in mehr als 30 Fällen genaue Krankengeschichten auf. Es wird gewöhnlich mit Olivenöl gemischt benützt, und zwar werden 30—50 Teile Olivenöl in 70—50 Teilen Methylsalizylat gelöst. Diese Mischung wird entweder direkt auf das kranke Gelenk gestrichen, oder es werden 30—40 Tropfen auf Watte getropft. Dann wird darüber nach dem Vorschlage von Lemoine und Wessinger (Bulletin et mémoire de la société méd. des hôpitaux 1897, Nr. 17) ein trockener Dunstverband zur Verhütung der Verdunstung angelegt. Ohne wasserdichten Dunstverband wird sehr wenig oder gar nichts vom Oele resorbiert. Dagegen kann man schon 10—15 Minuten nach Anlegung eines festen Verbandes, im Urin mit Eisenchlorid die für die zyklischen Orthoderivate charakteristische blaue Reduktionsfarbe bekommen. Wenn auf einmal 10—12 g verrieben werden, so kann man davon nach Lemoine (Nord. médic. Lille 1898, IV/25) 1·02—1·9 g im Urine nachweisen. Wenn derselbe Autor mehr Oel verwendete, so vermehrte sich die ausgeschiedene Menge dennoch nicht wesentlich. Etwa gleiche Menge der Salizylsäure kann man im Urin nach Einverleibung von 8 g salizylsauren Natriums nachweisen. Wie es scheint, ist bei angegebener Applikationsweise die allgemeine Heilwirkung, der Einfluß auf das Fieber, auf die Krankheitsdauer und Schwere der Fälle gering; jedenfalls steht es viel hinter dem des salizylsauren Natriums zurück. Die lokale Wirkung dagegen ist die folgende: Nachdem man 40—50 Tropfen auf das kranke Gelenk getropft und mit einem Dunstverband umgeben hat, entsteht schon nach 5—15 Minuten ein selten heftiges, häufiger leidlich brennendes, dann und wann selbst als angenehm wärmend angegebenes Gefühl um das behandelte kranke Gelenk. Gleichzeitig fangen die Gelenksschmerzen sich allmählich zu verringern an. Endlich werden sie erträglich, oder können auch ¼ bis 1 Stunde später ganz verschwinden. Der Kranke, der seit mehreren Tagen ohne riesige Schmerzen nicht einmal die geringste Bewegung im kranken Gelenke machen konnte, und es meistens darum auch nicht versuchte, macht einzelne, oft ziemlich extensive Bewegungen ohne oder mit geringen Schmerzen. Wenn wir jetzt den Verband herunternehmen, so dauert die Linderung gewöhnlich nur 6—8 Stunden oder bleibt seltener konstant. Dagegen wenn man mehrere Tage nacheinander den Verband über einem Gelenk täglich 6—8 Stunden lang liegen läßt, so erzielt man meistens eine lokale Heilung des Prozesses. Natürlich ist eine spätere Rezidive nicht ausgeschlossen. Die Schmerzen werden immer wenigstens so weit gedämpft, daß die Kranken ausnahmslos schlafen können. Unter der lokalen Wirkung dominiert die schmerzstillende; wogegen die Rötung und Schwellung des Gelenkes nur wenig abzunehmen pflegt. Am meisten

Digitized by Google

kann ich aber seine segensvolle Wirkung bei subakuten und chronischen Gelenksrheumatismen, ja selbst bei chronischen deformierenden Arthritiden rühmen. Die Resultate sind manchesmal wirklich verblüffend. Die Schmerzen verbessern sich oft so schnell und in solchem Maße, daß die Kranken, die bis dahin ans Bett gefesselt waren, schon nach einigen Stunden aufstehen und gehen können. Aber trotzdem können solche Fälle sehr lange dauern und ich würde es nicht zu behaupten wagen, daß das Medikament in solchen Fällen außer der schmerzstillenden Wirkung irgend welchen nennenswerten therapeutischen Nutzen hätte. Es hat aber für den Kranken eine so wohltuende Wirkung, daß ich die Anwendung nicht genug empfehlen kann. Ich verwendete das Oel auch in meiner Privatpraxis und mußte oft 60 bis 90% Wintergrünöl nehmen, da unsere synthetischen Oele etwas schwächere Wirkung zu haben scheinen, wie das in Frankreich verwendete, aus Amerika stammende Präparat. Man kann bei solcher Konzentration die Irritation der Haut ziemlich oft beobachten. In solchen Fällen muß man größere Verdünnungen nehmen. 10—30%ige Oele irritieren die Haut fast niemals, ihre Wirkung ist aber demgemäß auch um vieles schwächer. Die individuelle Verschiedenheit der Hautempfindlichkeit ist auch gegen dieses Mittel äußerst verschieden, was nie außer acht gelassen werden darf. Mit meinen Erfahrungen stimmen auch die Resultate von Sidney, Le Gendre, Combemale etc. (Bulletin et mémoire de la société méd. des hôpitaux 1897, Nr. 17), nur daß die erwähnten Forscher eine größere allgemeine Wirkung der perkutanen Applikation zuschrieben als ich sie fand.

Der praktische Geschäftsgeist gewahrte bald, daß in Oesterreich-Ungarn und in Deutschland das Gaultheriaöl fast gar nicht verwendet wird und vor etwa zwei Jahren erschien ein neues ähnliches Mittel im Handel. Dieses Mittel wird unter dem Namen „Mesotan" fabriziert und ist das Methoximethyläther der Salizylsäure. Seine chemische Formel ist folgende:

$$C_6H_4\begin{matrix}-OH\\-COO-CH_2-OCH_3\end{matrix}$$

Als Hauptvorzug über das Wintergrünöl wird angegeben, daß es nicht den penetranten Geruch des letzteren, der angeblich bei nervösen Leuten Kopfschmerzen verursacht, hat. Sein Siedepunkt ist 162 ° C.; also niedriger wie der des Wintergrünöles. Es ist eine schwerere Flüssigkeit als das Wasser; ist wasserklar, kaum gelblich gefärbt und geruchlos. In Wasser ist es schwer löslich, dagegen löst es sich in allen Verhältnissen, in Alkohol, Aether, Benzol, Chloroform, Oelen, Fetten und in mehreren anderen organischen Lösungsmitteln. Da es auch eine freie Hydroxylgruppe besitzt und ein Orthoderivat der Benzolsäure ist, gibt es mit Eisenchlorid die bekannte Salizylreaktion. Es dissoziiert außerordentlich leicht und gibt dabei Salizylsäure ab. So z. B. zerfällt es schon durch die Feuchtigkeit der Luft, und zwar im Sinne der folgenden Gleichung:

$$C_6H_4\begin{matrix}-OH\\-COO-CH_2-OCH_3\end{matrix} + H_2O = C_6H_4\begin{matrix}-OH\\-COOH\end{matrix} + CH_2O + CH_3OH.$$

Wie alle neuen Medikamente gewann es auch schnell zahlreiche Anhänger, die größtenteils die Wirkung des Gaultheriaöles nie beobachtet haben und die über ihre in der einen oder anderen Richtung gewonnenen große Erfolge berichteten. Die ersten Arbeiten über Mesotan erschienen von den folgenden Autoren: Aus Wien von Zellenberg (Aerztliche Reform, Nr. 24, 1902), aus Innsbruck von Posselt (Deutsche Medizinal-Zeitung, Nr. 21, 1903.) aus Budapest von Ardó (Magyar orvosok lapja, 50 sz., 1902), aus Preßburg von Kropil (Wiener medizinische Presse, Nr. 13, 1903), aus Berlin von Ruhemann (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 2, 1903), von Reichmann (Therapie der Gegenwart, Dezember 1902) und Meißner (Die medizinische Woche, Nr. 10, 1903), aus Elberfeld von Floret (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 24, 1902) und Röder (Münch. med. Wochenschr.), aus Leipzig von Criegern und Gröber (Die Heilkunde, Nr. 2, 1903), aus Nürnberg

Digitized by Google

von Frankenburger (Münch. med. Wochenschr., Nr. 30, 1903) und aus Bern von Meyer (Allgem. med. Zentralzeitung, Nr. 6, 1903). Nach diesen folgten und folgen noch eine ganze Reihe der Autoren. Aus den wenigen hier angegebenen Arbeiten kann man folgende Heilresultate resümieren. Bei akuter Polyarthritis wird die äußerliche Applikation von sämtlichen Untersuchern ohne Ausnahme gelobt. Die schmerzstillende Wirkung wird von vielen noch mehr bei chronischen Gelenksaffektionen gerühmt. Reichmann behauptet, daß das Mesotan äußerlich angewendet bei akuten Gelenksrheumatismus das Fieber stärker herunterzudrücken vermag als salizylsaures Natrium innerlich gegeben. Nach Floret verkürzt es auch die Krankheitsdauer. Derselbe Autor empfiehlt es auch gegen Lumbago. Ardó verordnet es auch bei akuten und chronischen Muskelrheumatismen. Ruhemann lobt seine Wirkung auch bei Gicht. Nach Meyer leistet es bei den verschiedensten „aus Erkühlung entstandenen schmerzhaften rheumatischen Krankheiten" gute Dienste. Kropil sah schöne Heilerfolge bei Trigeminusneuralgie und in einigen Fällen von Pruritus. Posselt verwendet es bei den verschiedensten Neuralgien mit gutem Erfolge. Wenn nach der Anwendung keine erhebliche Besserung erfolgt, so ist der Fall keine Neuralgie, sondern eine Neuritis. Posselt behauptet, daß die Wirkung bei Neuralgie so prompt ist, daß er in der erwähnten Tatsache ein differenzialdiagnostisches Moment erblickt. Aehnliche Erfahrungen hat auch Gröber. Er benützt aber das Mittel auch gegen die verschiedensten aus inneren Organen stammenden Schmerzen; so z. B. wenn die Schmerzen vom Herzen stammen. Floret verwendete es mit Erfolg gegen pleuritische Schmerzen. Kropil gebraucht es auch gegen Hyperhydrose bei Tuberkulotischen und kann über keinen Fall von Mißerfolg berichten. Ruhemann heilte mit Mesotan einen Fall von Rotlauf, er sah außerdem erhebliche Verbesserung bronchiektatischer Symptome. Endlich wurde es auch gegen Influenza und Angina empfohlen. Natürlich wurden einzelne einander widersprechende Resultate auch veröffentlicht. Als zweifellos kann gelten, und dies kann ich auch auf Grund vielfacher Erfahrungen bestätigen, daß auch dieses Mittel oft in großem Maße die Gelenks- und Muskelschmerzen vermindert, aber auch nur dann, wenn es in der Form von Dunstverband verwendet wird. In anderer Applikationsweise ist auch dieses Mittel fast wirkungslos. Allgemeine toxische Nebenwirkungen hat es nicht häufig und nur in sehr geringem Grade, demzufolge entfaltet es auch keine allgemeine Heilwirkung. Lokal wirkt es folgendermaßen: Nach dem Gebrauch entsteht schnell ein Wärme- oder schwach prickelndes, oder ein wenig brennendes Gefühl und die Schmerzhaftigkeit wird $^1/_2$—1 Stunde nach dem Gebrauch in der Mehrzahl der Fälle sehr erheblich mäßiger. Nachdem ich in der Lage war, so die Wirkung des Wintergrünöles, wie auch des Mesotans oft zu beobachten, bin ich so frei, ihre Wirkungen kurz zu vergleichen, was bis jetzt die Forscher nicht getan haben. Beide Mittel haben hauptsächlich lokale Wirkung; die allgemeinen Heilerfolge sind dagegen bei beiden gleich gering. Von allgemeinen unangenehmen Nebenwirkungen wird in der Literatur nur sehr spärlich Erwähnung getan, obwohl beide in geringem Grade solche hervorrufen können. Vielleicht ist das Wintergrünöl etwas giftiger. Was die lokalen Effekte betrifft, habe ich folgendes gefunden: Die Linderung tritt bei Gebrauch von Wintergrünöl nur um etwas schneller, wie nach Mesotan ein; jedoch ist die Wirkung des ersteren viel anhaltender. Was der Grund dieser Tatsache ist, läßt sich schwer sagen. Soviel steht fest, daß das Wintergrünöl durch Olivenöl 37mal fester gegenüber Wasser fixiert wird als das Mesotan. Daraus darf man aber noch nicht ohneweiters die Folgerung ziehen, daß das Unterhautfettgewebe sich ebenso verhält, obwohl dies die dauerhaftere Wirksamkeit teilweise erklären würde. Eine andere Ursache ist möglicherweise, daß — wie ich schon erwähnte — das Mesotan sehr leicht zerfällt. Daß es infolgedessen wirklich an Wirksamkeit einbüßt, beweisen folgende Experimente von Langgard und Rabow

Digitized by Google

(Therapeutische Monatshefte, März). Eine weiße Maus wurde von den konzentrierten Dämpfen des Gaultheriaöles schon nach zwei Stunden krank und das Tier erholte sich erst in drei Tagen vollständig. Dagegen waren die Dämpfe des Mesotans ganz wirkungslos. Das Gaultheriaöl wirkt schon in einer Verdünnung von 0·003% auf den Phoxinus laevis genannten Fisch narkotisierend; das Mesotan ist in gleicher Konzentration wirkungslos, dagegen entfaltet es in mehr als zweimal so starker Konzentration eine etwas schnellere Wirkung. Wenn diese Lösungen zwölf Stunden lang in geschlossenen Flaschen standen, so hatte das Gaultheriaöl noch seine vollständige Wirkungskraft, die Mesotanlösung hatte dagegen ihre ganze Wirksamkeit verloren. Natürlich entsteht dieselbe Dekomposition des Mesotans auch in den Säften des Organismus und dies ist vielleicht die Hauptquelle seiner schwächeren Wirkung. Hiegegen muß ich aber bemerken, daß die gärungsverhindernde Fähigkeit des Mesotans größer ist als die des Gaultheriaöles. Von Rötung der Haut, von urtikariaartigen oder blasigen Ausschlägen erwähnen die einzelnen Autoren nur wenig. Solche Komplikationen sind auch tatsächlich nicht sehr häufig, jedenfalls stehen sie an Schwere und Frequenz um vieles hinter den durch Salizylsäure verursachten zurück. Aber sie können hauptsächlich bei Anwendung der wirksamen Dunstverbände hin und wieder vorkommen. Wenn die erwähnten Salizylate nicht in Substanz, sondern mit Olivenöl gemischt zur Verwendung gelangen, und wenn der Platz der Applikation täglich etwas verändert wird, so kommen schwere Dermatitiden nur äußerst selten vor. Eine blasige Hautentzündung habe ich aber dennoch bei Anwendung von 50%igem Mesotan gesehen, wo alle Vorsichtsmaßregeln angewendet wurden. Im allgemeinen sehen wir nach Anwendung von Gaultheriaöl doch seltener ähnliche Vorfälle, wie bei Mesotan, wahrscheinlich deshalb, weil ein Teil des letzteren schon an der schwitzenden Haut die Salizylsäure abspaltet, was die Hautreizung verstärkt.

Alles zusammen genommen, erkenne ich zwar an, daß wir an dem Mesotan bei akutem Gelenksrheumatismus ein vorzügliches, lokal schmerzstillendes Mittel in vielen Fällen besitzen, welches zu diesem Zwecke viele Vorzüge vor der Salizylsäure hat; aber ich kann noch vielmehr das in unserem Vaterlande leider sehr wenig angewandte Wintergrünöl empfehlen, dessen segensreiche Wirkung viel sicherer und besser ist wie die des Mesotans. Das Wintergrünöl kann auch in der Armenpraxis verwendet werden, da sein Preis im Verhältnis zum teueren Mesotan gering ist. Der Haupteinwand, welcher gegen dieses Oel aufgestellt wurde, daß es einen unangenehm penetranten Geruch hat, ist nicht stichhaltig; es ist doch bekannt, daß das Gaultheriaöl ein Bestandteil von verschiedenen kosmetischen Seifen ist und daß es in Ostindien zur Geschmacksverbesserung anderer Medikamente benützt wurde. (Handbuch der pharmazeutischen Praxis. Dr. Hermann. 1886.)

Die analgetische Wirkung, die antifermentative Kraft, die Wasserlöslichkeit und die transkutane Resorptionsfähigkeit anderer verwandter chemischer Substanzen ist um vieles geringer. Unter diesen ist das Aethylsalizylat noch brauchbar, aber schon das Amylsalizylat beinahe wirkungslos. Von den erwähnten zwei wirksamen Salizyläthern wurde das Mesotan auch in der Form von Pflaster in den Handel gebracht; das Wintergrünöl dagegen wurde zu fast gleichen Verhältnissen mit Menthol und Lanolin gemischt unter dem Namen „Bengués Balsam“ bekannt. Die Wirkung letzterer Präparate sah ich nur in einem respektive zwei Fällen, kann also darüber kein Urteil abgeben.

Digitized by Google

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Beitrag zur Kenntnis der Wirkung der Essentia antimellini composita bei Diabetes mellitus. Von J. B. Studzinski. (Aus der Klinik von Prof. K. E. Wagner in Kiew.)

Veranlaßt durch die Beobachtung des Dr. Th. A. Rostschinin, der das Antimellin an sich selbst geprüft und eine günstige Wirkung wahrgenommen hatte, hat Vf. das Mittel in drei Fällen von Diabetes mellitus angewendet. Das Medikament, welches, wie es in der Bekanntmachung heißt, „das Verschwinden des Zuckers in leichten Fällen schon nach der ersten Dosis, jedenfalls nicht später als nach dem dritten Behandlungstage bewirken und auch in den schwersten Fällen eine wesentliche Besserung erzielen soll", hat sich als vollständig nutzlos erwiesen. Mit Rücksicht darauf warnt Vf. vor der Verordnung dieses Präparats, zumal dasselbe auch recht teuer ist. (Die Flasche kostet zirka 21 Mark, die Kosten der einzelnen Dosis betragen etwas über 4 Mark.) — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24 u. 25, 1904.) Laub.

Intravenöse Kollargolinjektionen bei septischen und infektiösen Erkrankungen. Von Dr. A. Rittershaus. (Aus der inneren Abteilung des Friedrich Wilhelm-Hospitales zu Bonn [dirig. Arzt: Prof. Dr. Finkler.])

Auf Grund zahlreicher klinischer Beobachtungen kommt R. zu folgendem Urteil:

Bei einer großen Zahl infektiöser und septischer Krankheitszustände ist die intravenöse Anwendung des Kollargols nicht nur imstande, die Temperatur, sondern auch Herztätigkeit und Allgemeinbefinden günstig zu beeinflussen, allerdings meist nur vorübergehend; ein dauernder Erfolg war bei allen pulmonalen Erkrankungen, Gelenksrheumatismen und deren Komplikationen, sowie allgemein pyämischen Prozessen nur selten zu sehen; letztere zeigten freilich eine so auffallende, wenn auch immer nur kurze Zeit anhaltende Besserung, daß die Anwendung des Kollargols zur Beseitigung der subjektiven Beschwerden durchaus geboten erscheint.

Erysipels, zumal schwere Formen von Gesichtsrose, verbunden mit schlechtem Allgemeinbefinden und meningitischen Symptomen, gelang es durch ein- bis mehrmalige Anwendung des kolloidalen Silbers so günstig zu beeinflussen, daß R. geneigt ist, dem Mittel in den meisten Fällen einen direkt heilenden Einfluß auf die genannte Erkrankung zuzuerkennen. (Vgl. Ref. im Jänner-Heft dieser Monatsschrift.) — (Die Ther. d. Gegenw., H. 7, 1904.) Laub.

Zur Therapie und Prophylaxe chronischer Malaria. Von Dr. R. Bassenge. (Aus der Hydrotherapeutischen Anstalt der Universität in Berlin. Leiter: Geh. Med.-Rat Prof. L. Brieger.)

Vf. teilt die Krankengeschichten zweier Patienten mit, die beide — der eine in Kamerun, der andere in Ostasien — Malaria akquiriert hatten, welche trotz reichlichen, aber sehr unzweckmäßigen Chiningebrauches nicht beseitigt werden konnte. Bei beiden hat die Krankheit an sich und der dauernde Chiningebrauch zu einem chronischen Siechtum geführt.

Der erste Patient hatte in Afrika und auch nach dem Verlassen des Landes viele Monate hindurch aus prophylaktischen Gründen jeden vierten Tag ein halbes Gramm Chinin eingenommen, was ihn aber weder vor dem Ausbruch einer Malariainfektion geschützt, noch die Parasiten auch nach sechs Monate langem Gebrauch im Blute vernichtet hat; dagegen hat die Chininprophylaxe die Disposition zu Schwarzwasserfieber geschaffen, wel-

Digitized by Google

ches zweimal dadurch herbeigeführt wurde, daß zur Beseitigung des chronischen Krankheitszustands größere Dosen Chinin von 1·0 g einverleibt wurden.

Es wurden daher in diesem Falle Chininklystiere nach Kleine, beginnend mit 0·2 g in 100 cm³ warmem Wasser, täglich um 0·1 steigend bis 1·0 g gegeben. Die Klystiere wurden etwa eine Stunde nach dem Stuhlgange verabfolgt und denselben so viele Tropfen Tinct. opii zugesetzt, als sie Dezigramme Chinin enthielten. In dieser Form wurde das Chinin gut vertragen, so daß auch hinterher bei Gaben von 1·0 g Chinin per os Hämoglobinurie nicht mehr eintrat. Nachdem der Kranke an acht aufeinander folgenden Tagen täglich 1 g Chinin per os gut vertragen hatte, wurde die Prophylaxe nach Koch (jeden 8. und 9. Tag je 1 g Chinin) eingeleitet.

Beim zweiten Falle gelang die Beseitigung der Malaria sehr leicht, nachdem der Fiebertypus (es handelte sich um eine Quartana) genau festgestellt wurde. Die Anfälle konnten dann durch rechtzeitige Chiningaben beseitigt werden. Auch hier wurde in der Folgezeit durch die regelmäßige Chininprophylaxe nach Koch die Wiederkehr der Malariaanfälle mit Erfolg verhütet.

Vf. betont zum Schlusse die Wichtigkeit der Blutuntersuchung (mikroskopischer Nachweis der Parasiten im nativen Präparat) bei Malaria und hebt hervor, daß in diagnostisch schwierigen Fällen stärkere Reize verschiedener Art und Ursache das Erscheinen der Parasiten im peripheren Blute hervorrufen können. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25, 1904.) Laub.

Ueber das „Maretin" und seine antipyretischen Wirkungen. Von Jakob Barjansky. (Aus der med. Universitätsklinik zu Berlin [Dir. Prof. Senator.])

Unter dem Namen „Maretin" haben die Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld ein Präparat dargestellt, welches sie als „entgiftetes Antifebrin" bezeichnen und als wirksames antithermisches Mittel, namentlich gegen das Fieber der Phthisiker empfehlen.

Dieses Präparat hat B. auf der Klinik des Prof. Senator bei Phthisikern angewendet und in zehn Fällen mit 154 Einzelbeobachtungen durchgeprüft und glaubt folgendes schließen zu können:

1. Maretin gehört zu derjenigen Gruppe antipyretischer Mittel, von denen man sagen kann, daß sie mit Sicherheit die Temperatur herabsetzen. Der Temperaturabfall vollzieht sich langsam und es zeichnet sich gerade durch diese Eigenschaft das Maretin vor dem wesentlich schroffer (?) wirkenden Pyramidon vorteilhaft aus. Dieser therapeutische Effekt, die Temperaturherabsetzung, tritt innerhalb 3—5 Stunden, also verhältnismäßig langsam, ein, zieht sich daher für recht lange hinaus, so daß die Wirkung einer Einzelgabe 9, selbst bis 15 Stunden andauert.

2. Als zweckmäßige Einzelgaben bewährten sich Dosen von 0·25, von denen je ein Pulver vormittags und nachmittags kurz vor dem zu erwartenden Anstieg der Temperatur gegeben wird.

3. Das Maretin übt keinen Einfluß auf den Blutkreislauf, da die Pulsfrequenz gleichzeitig mit der Temperatur heruntergeht.

4. Respirations-, Digestions- und Harnapparat zeigen keine Veränderungen.

5. Erhebliche schädliche Nebenwirkungen (Zyanose, Arzneiexantheme etc.) wurden nicht beobachtet und nur in einem Falle wurden bald vorübergehende Kollapserscheinungen gesehen.

6. Kumulative Wirkungen hat es nicht und darum kann es täglich angewendet werden.

7. Wegen seiner Billigkeit (1 g kostet etwa 25 Pf. gegen Pyramidon = 40 Pf.) kann es auch zu längerem Gebrauch empfohlen werden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23, 1904.) Laub.

Ueber die therapeutische Anwendung des Aderlasses. Von Dr. Wradyslaw Bruner.

Vf. mag den Aderlaß bei gewissen Herz- und Lungenerkrankungen nicht missen. Nach seiner Anschauung ist die Wirkung des Aderlasses eine mechanische: Durch Entziehung einer gewissen Quanti-

Digitized by Google

tät von Blut wird der Widerstand im Zirkulationssystem vermindert, die Forderungen, die an das Herz gestellt werden, nehmen ab, infolgedessen wird sich dasselbe viel energischer kontrahieren und die durch die Krankheit entstehenden Hindernisse viel leichter überwinden können. Von diesem Standpunkte aus ist der Aderlaß in denjenigen Krankheitszuständen indiziert, wo eingetretene Zirkulationshindernisse besonders anstrengende Leistungen vom Herzmuskel verlangen.

Bei Lungenentzündung ist der Aderlaß dann am Platze, wenn drohende Erscheinungen eintreten, also Lungenödem, bedeutende Zyanose, Pulsus mollis et deficiens, Atemnot, kurz Erscheinungen, die Vorboten einer Herzparalyse sind.

Bei Lungenemphysem und Herzfehlern mit Kompensationsstörungen konnte B. nach Versagen aller Herz- und harntreibenden Mittel durch rasche Entfernung einer größeren Blutquantität großen Nutzen bringen, indem eine Beseitigung der Hindernisse eine intensivere und bessere Herztätigkeit zur Folge hatte.

Bei Gehirnapoplexie ist der Aderlaß angezeigt, wo es sich um frische Fälle und starke, nicht sehr alte Individuen mit gutem regelmäßigen Puls, ruhiger Atmung und stark pulsierenden Halsarterien handelt.

Schließlich wird des Aderlasses bei Urämie gedacht, der insbesondere bei den akut auftretenden Fällen häufig von Erfolg begleitet wird.

Bei Bleichsucht erweist sich der Aderlaß als ganz zwecklos. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 53, 1904.) Laub.

Ueber den Einfluß der Diät auf die Eiweißausscheidung und Harnabsonderung bei den chronischen Nierenentzündungen. Von Dr. Karl Grube in Neuenahr-Bonn.

G. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Bei den chronischen Nierenentzündungen ist die reine Milchdiät oder eine Diät, bei der die Milch die Hauptmenge der Nahrung ausmacht, zu verwerfen.

2. Die Zufuhr von Fleisch und Eiern ist in denselben Mengenverhältnissen wie bei der normalen gemischten, d. h. nicht einseitig stickstoffhaltigen Diät des Gesunden zu gestatten.

3. Es macht keinen Unterschied, ob weißes oder dunkles Fleisch genossen wird.

4. Die Harnausscheidung scheint bei der gemischten Diät günstiger zu sein wie bei der Milchdiät; dies kommt besonders in Betracht, wenn infolge von Herzschwäche Oedeme auftreten. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 10, 1904.) Laub.

Hetralin, ein neues Hexamethylentetramin-Derivat. Von Dr. Rud. Riegner. (Aus der I. inneren Abteilung des städt. Krankenhauses am Urban in Berlin [Dir. Prof. Dr. A. Fraenkel.])

Vf. hat das Hetralin als Urotropinderivat in solchen Fällen geprüft, wo er sonst Urotropin angewandt hätte oder vorher eine Zeit lang angewandt hat. Dementsprechend handelte es sich bei seinen Versuchen in der Hauptsache um die Behandlung der Zystitis.

Wie einigen auszugsweise mitgeteilten Krankengeschichten zu entnehmen ist, wurde das Hetralin wochenlang gut vertragen, ohne daß Beschwerden geäußert wurden. Es bewährte sich als ein gutes Harnantiseptikum: der Urin wurde, sofern nicht zu hochgradige pathologische Veränderungen der Harnwege bestanden haben, dauernd klar, er verlor seinen üblen Geruch und die Alkaleszenz. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Bei Rückenmarkskranken und anderen, wo Störungen in der Urinentleerung bestehen, scheint Hetralin dadurch, daß es die Zersetzung des Urins hintanhält, das Entstehen einer Zystitis verhindern zu können.

Gereicht wurde das Hetralin in Tabletten zu 0·50 g, dreimal täglich. — (Wien. klin.-therap. Wochenschr. Nr. 27, 1904.) Laub.

Ausnützung von Pepton- und Pepton-Alkohol-Klysmen. Von Dr. A. Bial.

Vf. gab in indizierten Fällen folgende Zusammensetzung:

Digitized by Google

Rp. Pepton. sicc.
Sacch. lact. } āā 25·0
Alkohol. absol.
Tinct. Opii simpl. gtt. X
Aq. ad 200·0
M. D. S. Dreimal täglich 1 Klysma.

Er hatte gefunden, daß bei dem reinen Peptonklystier 50·5%, bei dem Peptonalkoholklystier 66·01% des Peptons zur Aufnahme kommen. Diese Mehrausnutzung von 15·5% bei Alkoholzusatz ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung, wenn man in Betracht zieht, daß bei einer Resorption von 50·5% Pepton dem Organismus täglich rund 150 Kalorien zugeführt werden, während eine solche von 66% ein Plus von 50 Kalorien bedeutet. Erwägt man ferner, daß mit dem Alkohol an sich täglich bei drei Klysmen 425 Kalorien (75 g Alkohol entsprechend) beigebracht werden, so ergibt sich die Tatsache, daß der Nutzeffekt des Peptonklysmas durch Zusatz von 10% Alkohol um ungefähr 450—475 Kalorien gesteigert wird, welche Werte bei einem in Inanition befindlichen Organismus doch recht erheblich in Betracht kommen. Ein höherer Alkoholzusatz ist wegen toxischer und reizender Wirkung nicht rätlich. — (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 9.) F. L.

Klinische Erfahrungen mit „Bioson", einer Eiweiß-Eisen-Lezithin-Verbindung. Von Dr. M. Heim.

Wieder ein neues künstliches Nährpräparat, und zwar, wie es scheint, ein recht brauchbares und wegen seines billigen Preises auch in der Praxis minus elegans zu verwertendes. Vf. hat das Mittel an mehr als 100 Fällen geprüft und gefunden, daß es längere Zeit ohne Widerwille genommen werden kann. Die Wirkung entspricht den Komponenten des Mittels: das Eisen ist in einer Menge von 0·24% in organisch gebundener Form darin enthalten; der für die Darstellung des Bioson zur Verwendung kommende Eiweißstoff ist das Kasein, der natürliche Eiweißstoff der Milch; ferner enthält das Präparat als Hauptbestandteil 1·27% Lezithin. Von der Gesamtstickstoffsubstanz sind 94·90% verdaulich. Bioson ist indiziert bei akuten fieberhaften Erkrankungen und führt öfter zu überraschender Gewichtszunahme, dann bei Anämien und Chlorose: es erhöht den Hämoglobingehalt des Blutes und bewirkt eine Zunahme der Zahl der roten Blutkörperchen. Als Frühstücksgetränk (25—30 g Bioson auf eine große Tasse Milch, Wasser oder beides zusammen) bewirkte das Bioson eine Besserung des Ernährungszustandes bei neurasthenischen und erschöpften Leuten und wirkte, auch als Stomachikum gegeben, recht günstig. Vf. faßt seine Erfahrungen über Bioson in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Bioson verbindet mit einer guten ernährenden Wirkung die blutbildende des Eisens und die nervenstärkende des Lezithins.
2. Es ist ein durchaus reizloses, gutes Eiweißpräparat, welches, auch durch längere Zeit genommen, keinerlei Verdauungsstörung nach sich zieht.
3. Es wird auch in akuten, fieberhaften Erkrankungen gut vertragen.
4. Es ruft eine Vermehrung des Körperwichtes hervor.
5. Es besitzt appetitanregende Wirkung.
6. Es vermehrt Hämoglobingehalt und Erythrozyten.
7. Es wirkt günstig bei der Behandlung der Erschöpfung etc.
8. Es ist das billigste im Vergleich zu allen anderen Präparaten, die ähnlichen Zwecken dienen.

Herr Geheimrat Brieger, der das Mittel einer Nachprüfung unterzog, stellt demselben das Zeugnis aus, daß es in allen Fällen gute Dienste getan hat, indem sich sowohl das Allgemeinbefinden, als auch der Kräftezustand und das Körpergewicht hoben, und zwar im Durchschnitt um 2—3 kg innerhalb 2—3 Wochen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22, 1904.) F. L.

Ueber rektale Ernährung mit besonderer Berücksichtigung des Ulcus ventriculi. Von Dr. Karl Klieneberger.

Einen recht wertvollen Beitrag zu der gerade in letzter Zeit wieder aktuell gewordenen Frage der Ulkusbehandlung finden wir in der K.'schen Arbeit. Im

Digitized by Google

kritischen Teil derselben gibt er einen historischen Rückblick über die hauptsächlichsten bisher angewandten Methoden. Nur in einem Punkte herrscht bei den Autoren Einstimmigkeit: indem eine Ruhekur von jedem mit gewissen Modifikationen für das erste Gebot erachtet wird. Eine Reihe von Autoritäten (Ewald, Fleiner, Boas [Eulenburg, Penzold], Riegel, Mering, hält es für nötig, bei jeder Ulkuskur zuerst den Magen einige Zeit auszuschalten, und zwar zunächst durchschnittlich 4—6(—14) Tage. Während Ewald sich für die Verwendung von Eisgetränken ausspricht, hält Boas dieselben eher für schädlich, da die Magenleere das beste Kontraktionsmittel für die Blutgefäße sei. (Ref. möchte an dieser Stelle davor warnen, sich zu sehr auf diese Kontraktion durch die Magenleere zu verlassen; mit Eisgetränken und eventuell vorsichtiger Ausspülung des Magens mit Eiswasser soll vor allem bei nicht stehen wollender Blutung nicht gezögert werden; diese Eiswasserausspülung kann, wie das Ewald mehrfach beobachtete, das ultimum refugium sein.) Was die Art der Ernährung beim frischen Ulkus betrifft, so sind die Grundzüge derselben Gemeingut der Aerzte. Ueber die Lenhartz'sche Kur ist bei Gelegenheit des Referats der Wagnerschen Arbeit ausführlich berichtet und konstatiert worden, daß Lenhartz die Abstinenzkur verwirft und frühzeitig mit eiweißreicher Ernährung beginnt. (Siehe Heft 6 dieses Zentralblattes.) Für extrabukkale Ernährung sind zwei Wege möglich: Zuführung vom Rektum aus (Nährklysmen), Zuführung von der Haut aus (Infusionen von Oel, Zucker-Eiweißlösungen). Auf die Einwendungen, die besonders der Rektalernährung gemacht wurden, kann hier nicht weiter eingegangen werden; tatsächlich werden Personen mit Ulcus ventriculi nach einer Abstinenzkur rascher kräftig und arbeitsfähig, als lediglich mit Liegekur behandelte. Die Prüfung der Magenfunktion bei rektaler Ernährung hat in einwandsfreier Weise ergeben, daß durch Zusatz von Rotwein zu den Klystieren reflektorisch eine beträchtliche Sekretion von saurem Magensaft entsteht.

Zur Prüfung der wichtigen Frage, ob die Abstinenzkur, strikte durchgeführt, anämische und entkräftete Personen schädige, hat Vf. eine Reihe genauer klinischer Untersuchungen angestellt, welche sich bezogen auf Hämoglobin-, Leukozyten- und Erythrozytenbestimmungen, Blutdruckmessungen, Aufnahme von Pulskurven, zweistündliche Temperaturbestimmung, Beachtung der Stuhl- und insbesondere der Urinsekretion. Die Behandlung war während und mindestens drei Wochen nach der Abstinenz eine strenge Liegekur. Eispillen wurden per os nur ausnahmsweise gegeben, gelegentlich kamen Infusionen von 1000—1100 cm^3 physiologischer steriler Kochsalzlösung zur Verwendung. Die Nährklystiere wurden 2—3 mal täglich verabreicht und bestanden aus 200—400 cm^3 Milch, 2—3 Eiern, 1 Teelöffel Salz, 1 Eßlöffel Zucker und 1 Eßlöffel Plasmon. Den Nährklystieren wurde, wenn nötig, Tinct. opii bis zu 25 gtt. zugesetzt; eine Stunde vor dem Klysma erfolgte ein Reinigungseinlauf von $^3/_4$—1 l Wasser. Meist genügt ein einziges Reinigungsklystier, dessen Wasser übrigens zum größten Teile resorbiert wird. Gelegentlich am Abend ein 0·7%iges Kochsalzklysma als Ersatz für sonst vielleicht notwendige Infusionen. Wichtig bei jeder Abstinenz ist eine besonders peinliche Mundpflege, häufige Anfeuchtung von Lippen und Zunge und häufige Mundspülungen. Nach Ablauf der Abstinenzperiode geht man rasch zur oralen Ernährung über.

Die genau im Original angeführten Untersuchungen erstreckten sich auf 13 Fälle von Rektalernährung, davon neun Ulkusfälle. Von den Kranken sind zwei gestorben; die eine kam in schwer anämischem Zustand zur Aufnahme, so daß selbst die Operation des blutenden Magengeschwüres aussichtslos erschien; das Mädchen (24jährig) verblutete sich aus einer Arterie von größerem Querschnitt. Der andere letale Fall betraf einen Mann von 54 Jahren, der 130 g rohe Salzsäure im Rausch getrunken hatte; er wurde 19 Tage lang durch extrabukkale Ernährung er-

Digitized by Google

halten und starb im raschen Anschluß an die erste Nahrungsaufnahme per os.

Die Ergebnisse der methodischen Untersuchungen während der Zeitdauer der extrabukkalen Ernährung sind folgende: Körpergewicht, Blutdruck und Pulshöhe sinken meist gleichmäßig. Das Körpergewicht sinkt umso weniger, je schlechter der Allgemeinzustand ist. Die Blutdrucksenkung ist eine mäßige und überschreitet im allgemeinen 30 mm nicht. Die Herzkraft bleibt während der Abstinenz gut. Die Urinausscheidung ist ziemlich beträchtlich. Der Hämoglobingehalt des Blutes scheint nur bei fortdauernder Blutung, vielleicht auch bei Peritonitis abzunehmen (10—15%). Die Zahl der roten Blutkörperchen bleibt konstant oder steigt in mäßigen Grenzen langsam an, nur bei schwerer, fortdauernder Blutung sinkt sie. Zu einer definitiven Kritik des Verhaltens der weißen Blutkörperchen sind größere Zahlenreihen nötig.

Es werden also durch Rektal-Ernährung weder Blutmischung noch Herzkraft geschädigt. Die Dauer, während welcher von ihr Gebrauch gemacht wurde, schwankte in den Fällen des Vf. von 7—22 Tagen. (Strauß hat in einem Falle einen Menschen 70 Tage lang rektal ernährt.) — (Die Therapie d. Gegenw., Mai 1904.) F. L.

Ueber die Einwirkung der Endofaradisation und Endogalvanisation des Magens auf Sekretion, Motilität und Sensibilität. Von Dr. Andrea Borri.

Während die früheren Beobachter sich meist auf Versuche mit der externen Elektrisierung beschränkt und nur wenige Endoelektrisation angewendet haben, hat Vf. letztere zum Hauptgegenstand seiner interessanten Untersuchungen gemacht und gefunden, daß der Nutzen der klinischen Therapeutik, den man durch die Anwendung des elektrischen Stromes beim Magen erzielen kann, hinsichtlich der Sekretion und Motilität gleich Null ist, daß dagegen die Sensibilität bei Benützung des galvanischen Stromes in bemerkenswerter Weise günstig beeinflußt wird, indem die Schmerzempfindlichkeit der Schleimhaut vermindert wird. Bei Kardiospasmus wird der galvanische Strom mit gutem Erfolg angewandt. Bei den Versuchen des Vf. wurde durch Einbringung des negativen Poles des galvanischen Stromes anästhesierende Wirkung hervorgerufen. — (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 26, 1904.) F. L.

Bemerkungen zur Behandlung des Abdominaltyphus. Von Prof. Friedr. Müller in München.

Mit dem Zurückgang der Typhuserkrankungen und Epidemien sind auch die einzelnen Fälle leichter und die Mortalität geringer geworden. Im letzten Jahre ist auf Grund verschiedener Beobachtungen die Befürchtung ausgesprochen worden, daß der Typhus wieder häufiger und schwerer wird. Dies hat Vf. veranlaßt, der Typhustherapie wieder mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die Grundprinzipien dieser Typhustherapie ergeben sich aus einer Betrachtung der Hauptursachen des tötlichen Ausganges der Erkrankung. Von allen Autoren wird der Schwere der Infektion der Hauptanteil am letalen Ausgang beigemessen. Nach verschiedenen Statistiken beträgt dieser Anteil 23—51% der Todesfälle, also etwa $^1/_4$—$^1/_2$. Von Vielen wird das Sinken des Blutdruckes für den tötlichen Ausgang verantwortlich gemacht, was mit der Beobachtung im Einklang steht, daß ein frequenter, kleiner, weicher Puls immer ein Zeichen der Gefahr ist und daß in der Tat beim Typhus der Blutdruck herabgesetzt ist. Bei Behandlung dieses Symptoms glaubt Vf., von systematischen, alle zwei Stunden wiederholten Injektionen mittlerer Koffeindosen in manchen Fällen einen geradezu lebensrettenden Erfolg gesehen zu haben (1—2 g am Tage), während Digitalis, wie bei den meisten Infektionskrankheiten, versagte; den zu Zeiten gefahrdrohender Blutdrucksenkung oft starken Meteorismus glaubt Vf. mehrfach durch Anwendung der Eisblase günstig beeinflußt und gleichzeitig damit den Puls gebessert zu haben.

In einem Falle wurde ein Ansteigen des Blutdruckes von 70 auf 85 mm Hg nach

Digitized by Google

dem Auflegen der Eisblase auf den Leib erzielt. Die Verabreichung von Alkohol empfiehlt sich nur bei lang protrahierten Fällen, wo durch große Appetitlosigkeit die Gefahr der Inanition droht; während die reichliche Zufuhr schwerer Weine schwerlich von Nutzen ist.

Zu den wertvollsten Heilmitteln gehört die Wasserbehandlung. Die Einwirkung des kalten Wassers kann ganz kurz erfolgen, in kalten Uebergießungen und selbst bei sehr schwachen Patienten nur in kalten Abwaschungen bestehen und man braucht sich nicht zu scheuen, den Kranken nach dem Bade in ein gut gewärmtes Bett zu legen, ihn mit der Wärmflasche zu versehen und wieder warm zu reiben. Durch diese Wärmezufuhr kann ihm der Schüttelfrost erspart werden. Durch das Bad wird die Benommenheit geringer und der Appetit angeregt, der Kranke also erfrischt; es werden ferner die durch kalte Uebergießungen reflektorisch angeregten tieferen Atemzüge das beste Prophylaktikum gegen das Auftreten von Atelektasen und Bronchopneumonie abgeben.

Das größte Kontingent neben der Schwere der Infektion stellen Darmblutung und Darmperforation als Todesursachen. (Darmblutung nach verschiedenen Statistiken 6·6—10%, Perforation 14·1—25%.) Gegen diese gefährlichen Komplikationen ist die strenge Beschränkung der Nahrungszufuhr üblich. In Anbetracht der Tatsache jedoch, daß mit flüssiger Kost gewöhnlich eine zur Deckung der gewaltigen Körpergewichtsverluste nicht ausreichende Menge Nahrungsstoff zugeführt werden kann, daß der Nahrungsbedarf des Typhösen ein recht großer ist und hauptsächlich, daß es schwer einzusehen ist, warum Fleisch, weiches Gemüse, Kartoffelbrei, Reisbrei, mürbes Gebäck die Gefahr einer Darmblutung in höherem Maße herbeiführen sollten, als Milch, Peptone, Gelatine etc., stellt Vf. die Forderung einer reichlicheren Ernährung auf. Er erinnert daran, daß das Fleisch wohl immer in den oberen zwei Dritteln des Dünndarmes in der Hauptsache schon gelöst und resorbiert ist, und nur vereinzelte weiche Muskelfasern bis zur Bauhini'schen Klappe kommen.

Natürlich wird man es vermeiden, sehnige Teile, Knorpel mit dem Fleische zu geben oder bei dem Gemüse und Obst harte und unverdauliche Arten zu erlauben. Vf. ist für eine möglichst reichliche Nahrung. Neben 1—1½ l Milch bekamen die Patienten weiches Fleisch, Schabefleisch, Haschee, Hirn, Bries, feingeschnittenen Kalbsbraten, Hühnerfleisch, Wild; Kartoffeln. Außerdem Mehl-, Reis-, Griesbrei, Spinat, Aepfelkompott; Zwieback, trockenes Weißbrot. Vf. hat unter 87 so ernährten Fällen nicht einen einzigen an Darmblutung oder Perforation verloren. Freilich wird man nicht von Anfang an mit dieser Kostform vorgehen, unüberwindliche Appetitlosigkeit und hartnäckiges Erbrechen können sie behindern.

An dritter Stelle unter den Todesursachen stehen die Komplikationen seitens der Lunge, besonders die Pneumonie; der Typhus kann, nach den Beobachtungen Müllers, unter dem richtigen Bild einer kroupösen Pneumonie beginnen. Oft entwickeln sich Pneumonien aus Hypostasen oder als Schluckpneumonie. Vf. mißt der Mundpflege beim Typhus eine sehr große Bedeutung zu und empfiehlt, die Zähne mit warmem Wasser wiederholt am Tage auf das gründlichste zu reinigen. Bei Erschwerung der Nasenatmung empfiehlt er zur Entfernung der Borken mehrmals am Tage warme 1%ige Kochsalzlösung einzublasen. Zur Verhütung von Hypostasen ist häufiger Lagewechsel wichtig, wobei gleichzeitig auch dem gefürchteten Dekubitus vorgebeugt wird.

Die Komplikationen seitens des Urogenitaltraktes betreffen nicht nur die Blase (bei Frauen viel häufiger als bei Männern), sondern auch die Nieren. Vf. hatte in 7·8% seiner Typhusfälle Albuminurie und Nephritis. Nach den Todesursachenstatistiken beträgt ihr Prozentsatz 3·8 bis 5·2. Führen diese Komplikationen nicht zum Tode, so ist ihre Prognose wesentlich

Digitized by Google

günstiger, als z. B. die der Scharlachnephritis.

Die Komplikationen seitens des Nervensystems äußern sich hauptsächlich in Kopfschmerzen, welche beim T. selten fehlen, Nackenstarre und Benommenheit und können gelegentlich, wie das Vf. an einem Falle konstatierte, das Bild einer Meningitis vortäuschen. Die Obduktion eines unter schwerem Kopfschmerz, Nackenstarre, Benommenheit und mit dem Kernig'schen Symptom schon im Laufe der zweiten Woche gestorbenen Patienten, hatte weder makroskopisch noch mikroskopisch die Zeichen von Meningitis ergeben, so daß man wohl an toxische Einflüsse denken muß.

Die Frage der Kontagiosität des T. bejaht Vf. und berichtet über Fälle, in denen Laboratoriumsdiener durch Infektion mit Kulturen erkrankt, resp. verstorben sind, sonst ist ihm kein Fall von Kontagium vorgekommen, obwohl die Patienten über die ganze Abteilung verstreut waren. — (Die Therapie d. Gegenw. Nr. 152, 1904.)

F. L.

Physikalische Therapie.

Ueber Wesen und Bedeutung der Kohlensäurebehandlung. Von Fisch in Franzensbad.

Fisch erörtert in seinem Vortrage die seit Benekes erstem Auftreten im Jahre 1859 vielumstrittene Frage der Kohlensäurebäderbehandlung und knüpft an das Wesen und die Bedeutung dieser Behandlungsmethode das heute bereits allenthalben anerkannte Prinzip der „Herzschonung" und „Herzübung", an welchem entsprechend die hiebei in Betracht kommenden Bäderarten ihre Wirkung zu enthalten haben. Der namentlich auf diesem Prinzip basierend beruhigend und regulierend auf die Herztätigkeit, sowie auch kräftigend auf den Herzmuskel selbst, eigentümlich günstig einwirkende Einfluß dieser Behandlungsmethode hat bereits auch außerhalb der Kurorte gebührende Anerkennung gefunden. Als besonders wichtig hebt Redner hervor, daß es durch die genaue Abstufbarkeit in den natürlichen Kohlensäurebädern der zur Geltung gelangenden wirksamen Bestandteile (Chloride und Kohlensäure) allein erst richtig möglich geworden ist, dem Prinzip der Herzschonung und Herzübung gewissenhaft Rechnung zu tragen, obgleich auch noch die Sachkenntnis und sorgsame Beobachtung seitens des Arztes und die verständige Mitwirkung des Patienten für den Erfolg mit ausschaggebend ist. Die genannte Abstufbarkeit der wirksamen Bestandteile in dem zu gebrauchenden Bade bildet auch die Grundidee des vom Vortragenden erdachten Systems: „Aphor" dosierte (künstl.) Kohlensäure-Soolbäder, System Fisch, einer Serie von 20, im Gehalte an Salzen und Kohlensäure genau dosierten künstlichen Bädern, die analog den natürlichen, eine verhältnismäßig rationell-systematische Kohlensäurebäderbehandlung ermöglichen dürfen.

Der Vortragende gibt in längerer Ausführung unter Demonstration eines solchen künstlichen CO_2-haltigen Soolbades mittels Badetabletten seines Systems „Aphor" einen Ueberblick der bisher gewonnenen Kenntnis über die Technik der verschiedenen Kohlensäurebäderarten und führt zur weitestgehenden Illustration der künstlichen Badetechnik mit Aphortabletten sogar ein verhältnismäßig regelrechtes künstliches Kohlensäurestrombad in der Motorwanne für Strombäder, System Höglauer („Undosa") vor. — (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther., H. 1, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Sur les bains de vapeur dans la néphrite. Von Curioni.

Curioni berichtet über Blutbefunde nach Dampfbädern bei einem Nierenkranken, der absolute Milchdiät innehielt. Die Leukozytenzahl verminderte sich um die Hälfte oder mehr, und zwar betraf die Verminderung besonders die polynukleären Formen. Viele Leukozyten zeigten dabei eine auffallend geringe Kernfärbung. An den roten Blutkörperchen fanden sich keine Veränderungen. Am anderen Tage war auch bei den

Digitized by Google

weißen das normale Verhältnis wieder hergestellt. Indem sich Curioni auf die Versuche von Vinzent, welcher bei Tieren, die heißen Luftbädern ausgesetzt waren, eine wahre „Leukolyse" findet, beruft, hält er auch die bei seinem Nierenkranken gefundene Verminderung der Leukozytenzahl für eine wirkliche Zerstörung derselben, besonders weil er nach den Dampfbädern die Harnsäure im Urin bedeutend vermehrt fand. Zunächst müßte man also nach Ansicht des Vf. annehmen, daß solche Dampfbäder bei Nierenkranken schädlich sind, weil sie vorübergehend eine mächtige Quelle der „organischen Verteidigung" unterdrücken. Allerdings dürfte die Ausscheidung der Harnsäure, welche einen gefäßverengernden Einfluß an die Peripherie des Körpers und eine Stauung des Blutes in den inneren Organen, also auch den Nieren, verursacht, nützlich sein. Auch wird eine gewisse Menge von Toxinen durch die Dampfbäder entfernt. Die Einwirkung des Blutes hingegen und die Vermehrung der Viskosität des Blutes wirken schädlich durch Vermehrung der Herzarbeit. — (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther., H. 1, 1904.) Dr. Buxbaum.

Ueber warme, temperaturherabsetzende Bäder bei Abdominaltyphus. Von W. Kossowsky.

Der Autor bricht eine Lanze für die Anschauung, daß das Fieber bei akuten Infektionskrankheiten keine Schutzmaßregel des Organismus, keine heilsame Reaktion derselben darstellt und tritt energisch dafür ein, daß die Temperatursteigerung als eine unliebsame, ja gefahrdrohende Begleiterscheinung bekämpft werden müsse. Dies braucht jedoch nicht auf brüske Weise durch Anwendung von kalten Bädern zu geschehen, sondern es genügen bereits warme Bäder von 27 bis 28° R., um einen ausreichenden antipyretischen Effekt zu erzielen. Bäder von der bezeichneten Temperatur sind für Fieberkranke durchaus nicht indifferent; schon vor Jahren ist vom Vf. auf experimentellem Wege nachgewiesen worden, daß Bäder von 27—28° R. bei 15—20 Minuten langer Dauer nicht nur die periphere, sondern auch die Höhlentemperatur sogar gesunder Menschen herabzusetzen vermögen. Seit langer Zeit verwendet Kossowsky bei Abdominaltyphus zum Zwecke der Antipyrese kontinuierliche Bäder (von 27—28° R.) von 2, 3 und mehr Stunden Dauer an; zur Bequemlichkeit des Kranken ist in der Wanne eine Liegevorrichtung angebracht, das Badewasser wird durch beständiges Zugießen auf der erforderlichen Temperaturhöhe erhalten. Die Erfolge sind sehr günstige. — (Blätter f. klin. Hydrother. Nr. 6, 1904.) Dr. Buxbaum.

Hydrotherapy in the treatment of chronic diseases. Von Frederik M. Rossitter.

Bei Hypazidität und mangelhafter Magensaftsekretion wendet er den Eisbeutel oder kalte Kompressen auf das Epigastrium eine halbe Stunde vor der Mahlzeit an und läßt gleichzeitig etwas kaltes Wasser trinken, um dadurch die Magensaftsekretion anzuregen. Bei Hyperazidität und Hypersekretion dagegen läßt er nach der Mahlzeit etwas heißes Wasser trinken und appliziert gleichzeitig heiße Kompressen auf das Epigastrium oder eine heiße Allgemeinprozedur auf den ganzen Körper zur Ableitung des Blutzuflusses vom Magen nach der Peripherie des Körpers.

Der von Hydrotherapeuten strengster Observanz verpönte Eisbeutel spielt auch in der Behandlung der Schlaflosigkeit nach des Autors Methode eine wichtige Rolle; Rossitter wendet den Eisbeutel oder kalte Kompressen auf die Herzgegend nicht nur da an, wo Herzklappenfehler oder Dilatation des Herzens die Agrypnie bedingen, sondern er hat auch bei Schlaflosigkeit infolge von anämischen Zuständen mit der abendlichen Applikation des Eisbeutels auf die Herzgegend sehr gute Erfolge erzielt. Die anderen hydriatischen Methoden, die der Autor zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit empfiehlt, sind die auch bei uns gebräuchlichen (indifferente prolongierte Vollbäder, Packungen), ebenso wie die Prozeduren, die er bei Behandlung von Nephritis, Menstruationsstörungen und anderen chronischen Krankheiten anwen-

Digitized by Google

det. — (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther., H. 2, 1904.) Dr. Buxbaum.

Allgemeine elektrische feuchtwarme Einwicklungen. Von P. Rutkowsky.

Bei Geistes- und Nervenkrankheiten wendet Autor feuchtwarme Einwicklungen des ganzen Körpers an, durch welche er einen schwachen elektrischen Strom durchtreten läßt. Die Technik ist höchst einfach und besteht in folgendem: Der Kranke wird in ein mit heißem Wasser angefeuchtetes Lacken, sodann in ein Gummituch und zuletzt in eine warme Decke gewickelt; Kopf und ein Arm bleiben frei. Die Kathode wird an die vom Lacken umhüllten Fußsohlen des Kranken, die mindestens 100 cm^2 große Anode an die Handfläche des freien Armes gelegt; den elektrischen Strom läßt man 20—30 Minuten einwirken, und zwar teils einem konstanten von 2 bis 6 Milliampères, teils einen induzierten von solcher Stärke, daß in dem freien Arm Ameisenkribbeln empfunden wird. Die Angriffsfläche dieser elektrischen Ganzwicklungen ist die Haut und vornehmlich deren neuromuskulärer Apparat. Die elektrische Energie übt eine lytische Wirkung auf die im arbeitenden Neuron angehäuften Stoffe und eine belebende Wirkung auf den ermüdeten Muskel aus. Die feuchte Wärme beeinflußt in der bekannten Weise die Leukozytose, sowie die Zirkulation des Blutes und der Lymphe, während die aktive Hyperämie die Ausscheidungsvorgänge in der Haut und deren neutralisierende Tätigkeit befördert. — (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther., H. 2, 1904.) Dr. Buxbaum.

Zur Heißwasserbehandlung in der Gynäkologie. Von Wilhelm Rosenfeld.

Bei den jetzt in der Gynäkologie allgemein angewandten Heißwasserspülungen erweist es sich in manchen Fällen, besonders bei chronischen exsudativen Prozessen im kleinen Becken und bei profusen menstruellen Blutungen im Klimakterium als notwendig, größere Wassermengen (30—40 l) zu einer Spülung zu verwenden. Für diesen Zweck hat Rosenfeld einen Kessel mit Thermoregulatorvorrichtung konstruiert, die es ermöglicht, derartige Spülungen mit so großen, in ihrer Temperatur gleichbleibenden Wassermengen auszuführen. Gerade auch bei sehr hartnäckigen menstruellen Blutungen im Klimakterium hat Vf. mit diesen prolongierten heißen Spülungen sehr gute Erfolge erzielt. — (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther., Bd. 8, H. 2, 1904.) Dr. Buxbaum.

Ueber den Einfluß von Nährklystieren auf Peristaltik und Sekretion im Magen-Darmkanal. Von Loewe.

Loewe benützte zur experimentellen Entscheidung dieser Frage die Methode von Braam-Houkgeest, welcher die Versuchstiere vor der Laparotomie in ein physiologisches Bad von 38° versenkte, um so die freigelegten Därme vor Eintrocknung und Kälte zu schützen. Die an Katzen vorgenommenen Versuche führten zum Schlusse, daß, soweit die motorische Schädigung in Betracht kommt, es absolut zulässig ist, Nährklysmata bei Erkrankungen des Magens und der oberen Darmteile anzuwenden, also vor allem bei Magengeschwüren und Blutungen, Duodenalaffektionen und nach Operationen in diesen Gegenden. Bei Opiumzusatz sind auch bei Erkrankung der mittleren Darmteile die Klysmata nicht kontraindiziert. Sie sind sogar umso dringender anzuraten, als nach Nothnagel gerade in diesen obersten Regionen bei bukkaler Ernährung die stärkste Peristaltik auftritt. Absolut unzulässig sind die Klystiere bei Perityphlitis und Typhus in der Zeit der Schorflösung, da die Ileokonkalgegend meist von der Gesamtmenge des Klysmas erreicht wird und hier außerdem sich der größte Teil der motorischen Erscheinungen abspielt. — (Wien. med. Presse, Nr. 5, 1904.) Dr. Buxbaum.

Beiträge zur Lichttherapie nach eigenen Versuchen. Von P. Krause.

Krause berichtet über 20 Erysipelkranke, die er mit rotem Lichte behandelte. Er hat damit keine besseren Erfolge erzielt als mit der medikamentösen Behandlung, z. B. mit Ichthyol oder dem von Gersuny empfohlenen Sikkativ.

Digitized by Google

Auch war ein Einfluß auf die febrilen Albuminurien, ebenso wie auf die Leukozytenzahlen nicht festzustellen. Er bestätigt die Erfahrungen Krukenbergs, daß die Behandlung des Erysipels mit rotem Licht nicht vor Rezidiven schützt. Gleichzeitig erwähnt Krause frühere Versuche mit einem Schuckert'schen Scheinwerfer, die er bei verschiedenen Patienten anstellte, ohne zu einem abschließenden Urteil zu gelangen. — (B.-Z. Nr. 5, 1904.) Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Versuche über Resistenzvermehrung des Peritoneums gegen Infektion bei Magen- und Darmoperationen. Von J. Mikulicz.

Die Peritonitis, die im Anschluß an schwere Magendarmoperationen sich einstellt, hat ihren Grund erstens darin, daß entweder die trotz aller Vorsichtsmaßregeln aus dem Darm in das Peritoneum gelangten Bakterien entweder zu zahlreich oder zu virulent sind, um durch die natürliche Widerstandsfähigkeit des Peritoneums zerstört zu werden, zweitens kann aber auch die natürliche Widerstandsfähigkeit des Peritoneums zu gering sein.

Die Bemühungen, die Zahl der postoperativen Peritonitiden zu vermindern, können sich daher in zwei Richtungen geltend machen. Erstens kann versucht werden, die Zahl und Virulenz der Darmbakterien zu verringern; nach den Versuchen, die an der Klinik des Vf. angestellt wurden, bewährte sich das Menthol am besten, indem es, per os eingenommen, in den unteren Partien des Darmes noch in solcher Konzentration erschien, daß es auf die Entwicklung der Bakterien noch hemmend einwirken konnte.

Der andere Weg wäre die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit des Peritoneums gegen die Darmbakterien. Dies könnte auf dem Wege der spezifischen Immunisierung geschehen; da man aber von vornherein nicht weiß, welche Bakterienart die Peritonitis in einem speziellen Falle erzeugen wird, und da es anderseits verschiedene Varietäten derselben Bakterienart gibt, stellen sich der spezifischen Immunisierung schon theoretisch unüberwindliche Schwierigkeiten in den Weg. Es bleibt daher nur übrig, zwecks Erhöhung der Widerstandsfähigkeit des Peritoneums eine künstliche Hyperleukozytose zu erzeugen; die in vermehrter Zahl vorhandenen Leukozyten wehren die Infektion leichter ab.

Dieser Weg wurde auf der Klinik Mikulicz eingeschlagen, nachdem Versuche an Tieren die Möglichkeit der Erzeugung einer Hyperleukozytose mittels physiologischer Kochsalzlösung oder Aleuronataufschwemmung oder Nukleinsäure erwiesen haben. Die Nukleinsäure erwies sich am wirksamsten, indem schon nach 8 Stunden die Leukozytenanzahl auf das Sieben- bis Achtfache vermehrt war. Beim Menschen wurde eine 2%ige Lösung (1 g auf 75 kg Körpergewicht) angewendet; die einigemal benützte 4%ige Lösung verursachte Ueblichkeiten und Erbrechen. Die einzig unangenehme Nebenwirkung der Injektion ist die lokale Reaktion: den ganzen Tag hindurch bleibt an der Injektionsstelle eine Druckempfindlichkeit zurück. Im ganzen wurden 34 Fälle mit Nukleinsäureinjektionen vorbehandelt und obwohl Vf. — bei der geringen Anzahl der Beobachtungen und bei dem Umstand, daß trotz der Injektionen der ganze aseptische Apparat mit der gewöhnlichen Strenge in Bewegung gesetzt wurde — sich nicht sicher über die Erfolge der Injektion aussprechen kann, hat er dennoch den Eindruck gewonnen, daß die vorbehandelten Fälle günstiger verlaufen sind als sonst. Speziell hebt Vf. einen Fall hervor: Ein Mann bekommt 24 Stunden nach einer technisch sehr schweren Magenresektion eine Peritonitis mit einem Puls von 170 und mit Erscheinungen, welche sonst eine sehr schwere Prognose geben; die Peritonitis wurde aber dennoch vom Patienten überwunden.

Auch von einem zweiten leukozytischen Mittel, nämlich von der intraperitonealen Kochsalzinfusion, hat Vf. bei Laparotomien ausgiebigen Gebrauch gemacht und sah gute Resultate. In den letzten zwei Jahren wird nach allen Laparotomien, bei welchen das Peritoneum einer Infektionsgefahr aus-

Digitized by Google

gesetzt ist, die Bauchhöhle mit einigen Litern warmer Kochsalzlösung ausgespült. Ein Teil der Flüssigkeit bleibt in der Bauchhöhle zurück. Die Kochsalzlösung erfüllt einen dreifachen Zweck: sie reinigt das Peritoneum mechanisch, die zurückgelassene Menge wird resorbiert und wirkt als Stimulans und schließlich wird eine Hyperleukozytose erzeugt, die zur Abwehr der Bakterien dient. Die reichlichen Spülungen geben dem Vf. bessere Resultate, als das „trockene" Operieren. — (Langenb. Arch., Bd. 73, H. 2.) E.

Durch Nervenanastomose geheilte traumatische Fazialislähmung. Von Dr. W. Mintz.

Diese Operation wurde bisher am Menschen nur selten ausgeführt. Vf. hatte Gelegenheit, einen Fall von kompletter Fazialislähmung zu behandeln, die bei der Radikaloperation einer Mittelohreiterung entstanden ist; es bestand Verstrichensein der Stirnfalte und der Nasolabialfalte, Lagophtalmus, Schlaffheit der gelähmten Wangenpartie und Herabhängen des Mundwinkels.

Vf. legte den Nervus facialis und accessorius bloß, durchschnitt den für den Sternocleido bestimmten Ast des letzteren und den N. facialis und nähte das zentrale Stück des Akzessorius mit dem peripheren Teil des Fazialis zusammen. Es erfolgte Heilung und nach zwei Monaten war bereits vollkommene Schlußfähigkeit der bisher klaffenden Lidspalte vorhanden. Im weiteren Verlaufe stellte sich die motorische Funktion im gesamten linksseitigen Fazialisgebiet wieder her; die Verflachung der linken Gesichtshälfte ist im Schwinden begriffen. Sechs Monate nach der Operation war an Stelle der totalen Lähmung eine Parese und unter der elektrischen Behandlung besserte sich die Funktion weiter. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 22, 1904.) E.

Zur Handschuhfrage. Von Dr. Hammesfahr.

Vf. glaubt, daß es nicht richtig ist, stets mit Handschuhen zu arbeiten. Im Anfang der Operation, so lange das zarte Gefühl noch sehr notwendig ist, operiert er ohne Handschuhe; wenn dann (z. B. bei einer perityphlitischen Eiterung) Eiter kommt, ziehen sowohl der Operateur als auch die Assistenten Gummihandschuhe an und tragen dieselben bis zum Ende der Operation. Ebenso gute Dienste leisten Gummihandschuhe bei Operationen von Panaritien, eitriger Osteomyelitis, Wechseln eiterdurchtränkter Verbände u. s. w.

Bei reinen Operationen wendet Vf. zum Unterbinden und Anlegen der versenkten Nähte Zwirnhandschuhe an. Während der langen Dauer der Operation kommen die Keime aus den tieferen Schichten der Haut allmählich an die Oberfläche und der Unterbindungsfaden streift sie ab und bringt sie in die Wunde. Durch Anlegen von Zwirnhandschuhen wird für diesen Teil der Operation die Gefahr der Operation bedeutend verringert. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 19, 1904.) E.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Methode der Schmerzbetäubung und ihre gegenseitige Abgrenzung. Von L. v. Mikulicz.

Vf. hat es sich in vorliegender Arbeit zum Vorwurf gemacht, die lokale Anästhesie der allgemeinen vergleichend gegenüberzustellen und stützt sich hiebei auf seine eigenen Beobachtungen, sowie auf das Material, das er durch Umfrage in der Provinz Preußisch-Schlesien gewann. Dabei stellte sich heraus, daß bei der Kokainanästhesie trotz ihrer Ungefährlichkeit auf 100.000 Fälle 36 Todesfälle kamen. Weiters berichtet Vf. über die Bier'sche Lumbalanästhesie, welche von ihm in 61 Fällen angewendet wurde, davon 38 mit vollkommenen, 13 mit zweifelhaften und 10 mit Mißerfolgen. Am besten bewährte sich das Tropokokain, unangenehme Begleiterscheinungen blieben nicht aus. Vf. ist der Ansicht, daß sich die lokale Anästhesie hauptsächlich für kleinere Eingriffe eignet. Wo jedoch eine Erschlaffung des Muskelapparats benötigt wird, versagt sie, z. B. bei Laparatomien oder Entfernung der Mamma mit Ausräumung der Achselhöhle.

Digitized by Google

Auch bei der Entfernung von malignen Tumoren ist sie nicht verwendbar, weil man ja niemals die Größe des operativen Eingriffes im voraus bestimmen kann und es daher leicht bei protrahierter Kokaineinwirkung zu einer Vergiftung kommen kann. Bei Lungen- und Herzkrankheiten ist ihre Anwendung indiziert, ebenso bei einigen Operationen am Magen und Darm. Betreffs der Allgemeinnarkose empfiehlt Vf. behufs Verringerung der Gefahren — seine Statistik weist eine Sterbeziffer von 1 : 1669 auf — die tiefen Narkosen möglichst einzuschränken und auf die Kontraindikationen mehr Rücksicht zu nehmen. Zu letzteren zählt er einen gut kompensierten Herzfehler nicht mit, dagegen akute oder chronisch septische Zustände. Vf. befürwortet die häufigere Anwendung des Aethers in indifferenten Fällen, besonders in Form der Tropfmethode nach Hofmann, kombiniert mit Morphium. Versagt dieselbe, dann ist die Julliard'sche Maske in Verwendung zu ziehen, allerdings nur solange, bis tiefe Narkose erzielt ist. Bei Frauen und Kindern empfiehlt Vf. das Operieren in Halbnarkose oder erstem Aetherrausch bei ganz kurzen Narkosen leistet das Bromäthyl, tropfenweise aufgeträufelt, ebenfalls sehr gute Dienste. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 64, H. 4.) Königstein.

Totale Hysterektomie bei einem dreijährigen Kinde wegen Sarkom. Von J. Lorthioir.

Vf. berichtet über ein dreijähriges Kind, bei welchem durch Pressen ein penisartiges Gebilde aus der Vulva heraustrat. Dasselbe erwies sich bei näherer Untersuchung als von der rechten Muttermundslippe ausgehend und wurde abgetragen, das Wundbett vernäht. Die mikroskopische Untersuchung ergab Fibrom. Nichtsdestoweniger trat schon nach drei Monaten eine Rezidive in der Größe des ursprünglichen Tumors auf. Ein aus dem Tumor exzidiertes Stück ergab bei der vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung Rundzellensarkom. Es wurde nun unter den schwierigsten Verhältnissen der Uterus per vaginam exstirpiert. Der Heilungsprozeß verlief glatt, doch konnte man nach zwei Monaten einen kleinkindskopfgroßen, das kleine Becken ausfüllenden Tumor konstatieren. Hierauf wurde die Geschwulst samt den Adnexen durch Bauchschnitt entfernt, doch trat der Tod nach ungefähr 12 Stunden ein. — (Journ. de chir. et annal. de la soc. belge de chir., Nr. 8, 1903.) Königstein.

Ein neuer Beitrag zur Frage der Radikaloperationen beim Uteruskrebs. Von E. Wertheim.

Vf. fügt den bereits publizierten 29 Fällen von abdominaler Radikaloperation mit Wegnahme der Parametrien und Entfernung der regionären Lymphdrüsen weitere 31 Fälle aus der Bettinastiftung hinzu. In klarer Uebersichtlichkeit bringt er kurze Krankengeschichten und ermöglicht durch beigegebene bildliche Wiedergabe von Uterusdurchschnitten und Beckenschematis, in denen der Drüsenbefund eingezeichnet ist, die leichte und sofortige Orientierung. Aus der vom Vf. beschriebenen Operationstechnik läßt sich ersehen, daß der Autor bemüht war, durch seine gemachten Erfahrungen das Verfahren zu vereinfachen und zu verkürzen. Zu letzterem Umstande trug wesentlich bei, daß Vf. die Exokochleation und Desinfektion des Karzinoms von der Scheide aus durch das Anlegen der von ihm selbst angegebenen rechtwinklig gebogenen Klemmen nach Auslösung des Uterovaginalschlauches vom Abdomen aus überflüssig gemacht wird, da auf diese Weise der Karzinomkrater vollständig geschlossen wird. Sechs auf sechs Tafeln wiedergegebene, am Kadaver gewonnene Photogramme der einzelnen Operationsphasen dienen zum leichteren Verständnis. In den ersten dreißig Fällen gingen 12 zugrunde, in den zweiten dreißig Fällen fünf, und zwar zwei Fälle an Ileus ohne nachweisbare Peritonitis, ein Fall an Miliartuberkulose, ein Fall an Chok und ein Fall an Pyelonephritis infolge beiderseitiger Ureterenwandnekrose. Die entfernten Drüsen wurden in derselben Weise untersucht wie in der ersten Serie und ergaben auch ein gleiches Resultat, nämlich, daß in einer nicht geringen Anzahl von

Digitized by Google

Fällen die regionären Lymphdrüsen relativ frühzeitig ergriffen werden. Auf alle Fälle sind die Dauerresultate abzuwarten. Aus denselben wird man entnehmen können, ob die vom Vf. auf diese Operationsmethode gesetzten Erwartungen auch nur einigermaßen erfüllt werden. — (Arch. f. Gynäkol., Bd. 65, H. 1.)

Königstein.

Ueber Komplikation der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes mit Klappenfehlern des Herzens. Von L. Kander.

Vf. berichtet über 15 einschlägige Fälle, die er auf der Klinik von Kehrer zu beobachten Gelegenheit hatte. Es handelte sich in allen 15 Fällen um Fehler der Mitralklappe, überdies waren zwei Fälle mit Aortenklappenfehlern kombiniert. Von diesen 15 Fällen gingen drei Fälle zugrunde, mithin 20%. Schon unter ganz normalen Verhältnissen wird vom Herzen während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine größere Arbeitsleistung gefordert. Umsomehr ist dies der Fall, wenn ein Klappenfehler, insbesondere ein inkompensierter, vorliegt. Ganz besonders hervorzuheben ist, daß im Verlauf einer Gravidität Störungen der Kompensation eintreten, welche dann nach erfolgter Geburt überhaupt nicht mehr zum Schwinden gebracht werden können. Somit ist durch die Gravidität und Partus eine Verschlimmerung des Leidens herbeigeführt worden, was verhindert werden müßte. Ist bei vorhandenem kompensierten Herzfehler eine Gravidität eingetreten, so muß bei einer etwa auftretenden Störung der Kompensation sofort alles aufgeboten werden, um dieselbe wieder zu beheben. Wenn dies mit den gewöhnlichen Mitteln nicht gelingt, dann muß die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden. Es wurden mit derselben auf der Heidelberger Klinik sehr gute Resultate erzielt. Während des Geburtsverlaufes ist besonders darauf zu sehen, daß die Austreibungsperiode so viel als möglich abgekürzt werde. Nach erfolgter Geburt empfiehlt Vf. die Belastung des Abdomens vorzunehmen. Soll eine Frau vor wiederholter Gravidität geschützt werden, so empfiehlt sich behufs Erzielung von Sterilität, die Tubenresektion vorzunehmen. Herzkranken Mädchen ist entschieden vom Heiraten abzuraten. — (Inaug.-Dissertat. Heidelberg 1902.)

Königstein.

Urologie.

Zur operativen Therapie der chronischen Nephritis.

Das in diesem Zentralblatte wiederholt referierte Verfahren amerikanischer Autoren, insbesondere von Edebohls, bezweckt die Schaffung neuer Zirkulationsverhältnisse für die erkrankte Niere durch einen der Talma'schen Operation analogen Eingriff, den E. Dekapsulation, Dekortikation etc. genannt hat. Die Idee wurde von zahlreichen Chirurgen einer praktischen Nachprüfung gewürdigt, die allerdings nicht mit derselben überzeugenden Begeisterung endete, wie man nach den überseeischen Publikationen hätte annehmen sollen. Erst auf dem letzten Chirurgenkongreß stand das Thema wiederum zur Diskussion. Sämtliche Referenten, Rosenstein, Stern, Riedel, Kümmell und Franke, mußten sich gegen die Edebohls'sche Operation aussprechen, da dieselbe bei schweren Nephritiden gefährlich sei und die ursprünglich gehegten Erwartungen nicht erfülle. Die Resultate bestanden nur in vorübergehenden Besserungen, während eine eigentliche Dauerheilung niemals beobachtet werden konnte. Immerhin wird an dem Ausbau des Verfahrens weitergearbeitet, speziell seitens des Entdeckers selbst (Zentralblatt für Chirurgie, Heft 7, 1904), sowie seitens des bekannten Chirurgen Thorkild Rovsing, welcher die Dekapsulation zur Nephrolysis und Nephrokapsektomie modifizierte. — (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 10, H. 3 u. 4; Zentralbl. f. Chir., Nr. 17, 1904.)

Die Nephrolysis Rovsings besteht in einer ganzen oder teilweisen Lösung der Niere, sowohl der Fettkapsel wie der Membrana propria, durch einfache Spaltung und Lösung oder in partieller Ex-

Digitized by Google

stirpation derselben. Der Zweck ist zunächst (analog Edebohls) die Aufhebung des Druckes und die damit verbundene Befreiung von den Schmerzen, ferner die Schaffung günstiger Zirkulationsverhältnisse. Die Indikationen zur Nephrolysis sind etwas eingeschränkter als die von Edebohls; dieser will jeden chronischen Morbus Brightii angehen, gleichviel, in welchem Stadium, jener nur die dolorosen Nephritiden, verursacht durch Einklemmungen der Niere, durch Schwellung, Hämatom oder Zysten der Membrana propria; hieher gehören hauptsächlich die infektiösen Nephritiden, die Nephrolithiasis, endlich die aseptische uratische interstitielle Nephritis des Autors.

Durch die genauere Indikationsstellung ist der Hauptunterschied zwischen Rovsing und Edebohls gegeben. Letzterer erklärt allerdings die Fälle Rovsings nicht für charakteristisch, indem er die lokale Zyanose an den Nieren, welche R. symptomatisch bedeutsam verwertet, nicht für ein pathognostisches Zeichen einer bestehenden Nephritis erklärt, sondern einfach als ein intra operationem zugefügtes Trauma, das fast immer beim Versuch, die Niere bloßzulegen und zu dislozieren, zustande kommt.

In Amerika sollen bereits über 200 Fälle operiert worden sein, die Erfolge ermutigen, während man bei uns allmählich messerscheu wird; wahrscheinlich liegt es an der Jugend der Methode, die erst weiter studiert und gepflegt werden muß. Einen neuen Weg wies uns ein österreichischer Autor, der in Leichenversuchen andere Wege zur Erreichung desselben Zieles einschlug. Bakeš (Trebitsch) trat auf dem letzten Chirurgenkongreß mit folgendem Vorschlage hervor (Zentralbl. f. Chir. Nr. 14, 1904): Indem er an dem Zustandekommen eines suffizienten Kollateralkreislaufes zweifelt, der weder experimentell noch durch Autopsie erwiesen ist, hält er die „Reposition der denudierten Niere in ihre relativ gefäßarme Fettkapsel für den schwachen Punkt" der Methode. Hier setzte er an und versuchte an der Leiche, die Niere nach erfolgter Dekortikation in andere vaskuläre Bahnen zu bringen, die infolge ihrer anatomischen Beschaffenheit eine energische Zirkulation gewissermaßen garantieren. Zunächst versuchte er 1. die dekortizierte Niere in das Netz einzuhüllen, welches er durch das parallel dem oberen Rande des Coecum und Colon ascendens gespaltene Peritoneum durchzieht und am Nierenhilus fixiert. Die peripheren Partien des Netzes werden teils an die Niere sebst, teils an die benachbarten Gewebe befestigt. Außerdem versuchte B. noch 2. die intraperitoneale Dislokation der dekortizierten Niere, indem er dieselbe zwischen den Mesenterialwurzeln des Dünn- und Dickdarms fixierte. Die ersterwähnte Methode konnte er bereits am Lebenden mit Erfolg ausführen. Weiteres bleibt abzuwarten.

Rich. Grünfeld.

Der Dauerkatheter als Hilfsmittel bei ambulanter Behandlung einzelner Blasenkrankheiten. Von Feleki.

Die permanente Applikation des Katheters, seit altersher bei verschiedenen Erkrankungen im Bereich der Harnwege verwendet, ist an zwei Uebelstände gebunden. Zunächst ist es die Umständlichkeit des Verfahrens, welche nach allgemein geltender Auffassung den Patienten an das Bett fesselt, weiters sind es die oft beobachteten Folgezustände seitens der Harnröhre (infektiöse traumatische Urethritis, dekubitale Erscheinungen, eventuell Abszedierungen, welche eine öftere Verwendung desselben schon im Gedankengange des Arztes hemmen.

Neben der zweifellos günstigen Wirkung, die ein Dauerkatheter aus Indikation von Harnröhren- und Blasenfisteln, von Blutungen aus Blase und Harnröhre, nach Operationen, wie Urethrotomie, Lithotripsie, Sectio hypogastrica, entfaltet, sind es auch Fälle von Harnretention, die eine einmalige Ausführung des oft komplizierten Katheterismus wünschenswert erscheinen lassen, desgleichen insuffiziente, atonische und paretische Blasen trotz, respektive besser gesagt, eben wegen der zumeist gleichzeitigen Zystitis, welche durch die permanente Drainage der Blase in einem Akte auch

Digitized by Google

die mechanische und medikamentöse Reinigung derselben gestattet. Auch wird die Blase während des permanenten Katheterismus entsprechend ruhig gestellt, was insbesondere bei begleitenden Komplikationen seitens des Nierenbeckens von großem Vorteil für die Therapie derartiger chronischer Prozesse ist. Endlich sind auch kallöse Strikturen, die weder blutig noch durch Etappendehnung weitergebracht werden können, dankbare Objekte für einen, wenn auch temporär eingelegten Dauerkatheter.

Einer ausgiebigeren Verwendung dieses therapeutischen Agens stehen nun nach Feleki vorzüglich technische Hindernisse im Wege, speziell Schwierigkeiten bei der Fixation des Katheters. Zur Behebung dieser Schwierigkeiten wurden verschiedene Instrumente angegeben, welche zunächst durch eigenartige Vorrichtungen sich selbst in der Blase halten können. Das bekannteste Instrument ist der Katheter von Pezzer, der durch seinen am vesikalen Ende angebrachten Vorsprung das Durchschlüpfen aus der Blasenöffnung verhindert. In jüngerer Zeit wurden auch von Malecot, Casper u. a. ähnliche Instrumente empfohlen. Anderseits wurden auch gegen diese Katheter Stimmen laut, zuletzt von Roeder aus der Schule Israels, der nach Anwendung eines Pezzer'schen Instruments schwere Folgen destruktiver Natur beobachtete und vor der Applikation dieser Art Katheter dringend warnt. (Ref.) Bleiben also nur jene Methoden, welche den eingeführten weichen Katheter außen befestigen, und zwar entweder mit Pflasterstreifen, durch Anbinden an die Schamhaare, ferner das bekannte Verfahren Dittels (Durchstechung des Katheters mit einer Insektennadel und sternförmige Pflasterbefestigung am Gliede), endlich die maulkorbartigen Fixierapparate Porgés', Escats etc. Allein diesen Verfahren haften Mängel an, insbesondere die schwierige Durchführung der aseptischen Reinhaltung, das komplizierte Anlegen der Verbände, welches der Patient selbst nicht besorgen kann, sowie die oft unvermeidlichen Oedeme, speziell beim Gebrauch von Gummibändern. Feleki konstruierte nun einen einfachen reinen und billigen Apparat, welcher im wesentlichen aus einem 14 cm langen und 3 cm breiten Gummibande besteht, das der Länge nach in zwei parallelen Reihen in Abständen von je 1 cm durchlöchert ist. Entsprechend dem Penisumfange wird dieses Gummiband durch Kautschukknöpfe befestigt. Die beiden Fäden, welche um den eingeführten Katheter vor dem Orifizium geknüpft sind, werden an ebensolche Kautschukknöpfe angebunden. Zur Vermeidung der Einschnürung durch das Gummiband legt F. einen Flanellstreifen unter letzteres. Der ganze Mechanismus kann jederzeit durch ein Gummiband, einige Hemdknöpfe und ein Stückchen Flanell improvisiert werden. Ein Kreuzgürtel oder eine T-Binde hält den Katheter hoch und eine nahe dem Orifizium angebrachte Klammer ersetzt den bisher gebräuchlichen Kautschuk- oder Holzpfropfen.

Mit Hilfe dieser Vorrichtungen gelang es dem Vf. in 14 Fällen, eine ambulatorische permanente Katheterisierung durch längere Zeit durchzuführen. Die längste Verwendungszeit betrug 19 Wochen. In den meisten Fällen wurde die Applikation ohne Anstand vertragen, ohne daß die Patienten das Bett hüten mußten, und waren die Vorteile in der systematischen Blasenbehandlung hauptsächlich gegen die Gefahren der Harnintoxikation zu einer ausgedehnten Verwendung des Verweilkatheters anregend. — (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane, Bd. 15, H. 6, 1904.) Rich. Grünfeld.

Dermatologie.

Zur kurativen Wirkung des Alttuberkulins bei Hautläsionen. Von Prof. Dr. R. Campana.

Bei zwei mit exsudativen spezifischen Gelenksveränderungen und hyperplastischen Adenitiden einhergehenden Fällen von makulo-papulöser Syphilis und skrophulodermaähnlichen Hauterscheinungen, war vom Alttuberkulin eine günstige örtliche Beeinflussung der bazillären Ver-

Digitized by Google

änderungen zu verzeichnen. In dem einen Falle bewirkte 0·001 g Tuberkulin Temperatursteigerung bis 40° und lokale Reaktion in einem fungösen Kniegelenk, das späterhin — gleich den Hautsymptomen — zur Norm zurückzukehren schien. In einem zweiten Falle bewirkte das Serum die Benarbung tuberkulöser Hautinfiltrate. — (Clinica dermosifilopatica della Univ. d. Roma, Fascic. 1, 1903.) N.

Zur Behandlung der Variola. Von Nelson Brayton.

B., der seine Erfahrungen in den städtischen Blatternhospitälern von New-York (North Brother Island) und Indianopolis gesammelt, betont, daß zu berücksichtigen seien: 1. Zustände, die Folge des Blatternkontagiums selbst sind, wie sie bei den „schwarzen Pocken" auftreten; 2. solche, die vom Stadium der Reifung abhängen und 3. Komplikationen und Folgezustände, unter letzteren besonders Augensymptome.

Die hier getroffene Einteilung in V. haemorrhagica — mit den Varietäten von Purpura variolosa und V. haem. pustulosa und V. vera mit den Arten von confluens, discreta und Variolois — erscheint gekünstelt und dem anatomischen Verhalten nach nicht berechtigt zu sein.

Bei der Purpura variolosa kommt es nicht zur Bildung eines Exanthems, die Fälle enden tödlich, meist bei bis zuletzt intaktem Bewußtsein; es kommt zu Blutungen in allen Organen. Hingegen geht die V. pustulosa haem. stets mit Ausschlag einher, auch mit Exanthemen, Blutungen in allen Stadien, gefährliche, aber nicht stets tödliche Form.

Der regelmäßige Krankheitstypus ist durch die V. vera repräsentiert; hier sind alle Entwicklungsstadien vertreten; den Tod bedingen Sepsis, Komplikationen seitens der Atmungsorgane, Geschwürsbildungen etc. Besonders betont werden Augenerkrankungen.

Von dem hohen Schutzwert der Impfung ist Vf. durchdrungen. Bei den „schwarzen Pocken" sei höchstens von intravenösen Salzinfusionen etwas zu erwarten, gegen die heftigen Rückenschmerzen sollen große Dosen von Morphium gegeben werden. Bei der hämorrhagischen Form empfiehlt B. Opium in Pulver oder Tinktur, Eisensalze seien zu verwerfen. Beim Eintritt des Exanthems gibt er sofort heiße Bäder in drei- bis vierstündigen Intervallen, so lange Patient sie verträgt. Bei vollendeter Pustulation sollen die Effloreszenzen eröffnet, respektive kuretiert (?) werden, hauptsächlich um der Sepsis entgegenzuarbeiten. Nachträglich aseptisches Bad. Die Allgemeinbehandlung sei rein symptomatisch. Ausgiebige Erfahrungen, die Vf. bei Behandlung von 300 Fällen mit Rotlicht gewonnen hat, führen ihn zur Konklusion, daß diesem Verfahren jedweder Einfluß auf Verlauf, Komplikationen und Narbenbildung abzusprechen sei. — (Journ. Amer. Med. Assoc., XLI, Juli 1903.) N.

Das Formalin und seine Wirkung auf den Favuspilz. Von Bogrow und Scharllewitsch.

Nach diesen Untersuchungen tötet 5%ige wässerige Formalinlösung in 20 Minuten den nach Plaut aus epilierten Haaren gezüchteten Pilz Achorion Schönleinii. Vermehrung der mechanischen Hindernisse (Partikelchen des Nährbodens und dichtes Myzelium) kann die Wirkung dieser Solution annullieren. Die in der Haut befindlichen Haare sind für die Einwirkung des Formalins in Form der wässerigen Lösung nicht geeignet. Mehr zu erwarten stünde von spirituösen Formalinsuspensionen oder den Formalindämpfen selbst. — (Dermatol. Zeitschr., Bd. 11, H. 5.) N.

Ueber die Beziehungen zwischen Balneologie und Dermatologie. Von Dr. E. Vollmer.

Von Hautkrankheiten, bei welchen geeignete Badekuren von Nutzen sein können, führt Vf. zunächst die Furunkulose an. Schwefel- und Sooleinwirkung könne hier einen Rückgang der Erscheinungen fördern. Auf skrofulo-tuberkulösem Boden stehende Läsionen bieten die gleiche Anzeige. Die Narbenbeschaffenheit früher

Digitized by Google

chirurgisch angegangener Partien sei hiedurch in funktioneller und kosmetischer Hinsicht viel günstiger. Am meisten seien die Soolbäder zu empfehlen.

Von den Ekzemen sollen Ohren- und Nasenekzeme, Kopfekzeme skrofulöser Kinder der Badekur anvertraut werden, desgleichen diabetische Ausschläge. Die Psoriasis, Sklerodermie, Lichen ruber planus, Ichthyosis, Keratosis palmaris und plantaris, Pemphigus und Hautatrophien aller Art werden durch Badeprozeduren günstig beeinflußt. Starke hautreizende Mineralquellen bewirken eine Steigerung des Sauerstoffverbrauches und lassen eine gesteigerte Kohlensäureabgabe eintreten, so daß zur lokalen, durch Diffusion und Osmose bedingten lokalen Einwirkung noch der im ganzen modifizierende Stoffwechsel kommt. N.

Zur Behandlung multipler Warzen. Von Dr. A. Hall.

Eine 27jährige Frau zeigt die Stirne und Schläfen dicht von Warzen überdeckt, die Formen hatten vor zwei Jahren zu wuchern begonnen, um sich seither ununterbrochen zu vermehren.

Salizyläther hatte keinerlei Erfolg gesichert. Die interne Verabreichung von Magnesiumsulfat brachte in kurzer Zeit alle Auswüchse zum Schwinden. Es ist das eine Verordnungsweise, die namentlich bei den Engländern in Ansehen steht. Bedenkt man, daß der spontane Rückgang der Effloreszenzen oft genug zu erfolgen pflegt, so wird man den Effekt dieser Medikation nicht zu hoch zu veranschlagen haben, ebensowenig als die interne Verabreichung von Tuberkulin, Thyreoidextrakt etc. — (The brit. Journ. of Derm., 1904.) N.

Zur Radiotherapie. Von Prof. O. Lassar.

Die Erfolge der Radiumtherapie hat Vf. an der Hand einer stattlichen Reihe von Heilversuchen genauer ins Auge zu fassen vermocht. Zunächst waren es die heteroplastischen Tumoren der Oberfläche, welche der diesbezüglichen Exploration unterzogen wurden. Nebenwirkungen waren nicht zu verzeichnen. Die tägliche Applikation von Radiumbromid eine halbe Stunde hindurch (mit Heftpflaster fixiert) bewirkte keinerlei entzündliche oder nekrotische Erscheinungen. Als Effekt der Bestrahlung machten sich Schrumpfung, Mazeration und Resorption geltend.

Melanome und Kankroide waren derart sicher der Heilung zuzuführen. Um der Summierung inadäquater Reize begegnen zu können, ging L. stets so vor, daß er bei den geringsten Reaktionsphänomenen (Rötung, Schwellung, Pigmentverfärbung, Schmerzhaftigkeit) mit der Bestrahlung aufhörte. Auch inoperable oberflächliche Rezidiven, früher chirurgisch ausgehobener Neoplasmen, waren auf diesem Wege günstig zu beeinflussen. — (Dermatol. Zeitschr., H. 6, Juni 1904.) N.

Zur Behandlung des Tyloma palmare bei Erwachsenen. Von Th. Mayer.

Für die Behandlung dieses Uebels eignet sich nach des Vfs. Erfahrungen das Rheumasans, eine 10%ige freie Salizylsäure enthaltende Salbenseife, mit welcher abends die vorher gereinigten, mit Seife gewaschenen Stellen 5 Minuten hindurch eingerieben und massiert werden. Ueber Nacht können Glacéhandschuhe getragen werden. Am Tage empfiehlt es sich bei Personen, deren Beruf ein häufiges Waschen der Hände erfordert, nach jeder Waschung die Haut mit einem indifferenten Fett gründlich einfetten zu lassen. Zur Steigerung des Effekts kann die Massage mit dem Rheumasans auf 10 bis 12 Minuten ausgedehnt werden. Bei Rötung oder Schmerzempfindung hat die Applikation zu sistieren. N.

Regime bei Dermatosen.

Bei toxischen Dermatosen handelt es sich darum:

1. Die Absorption der Nahrungsmittel oder der Medikamente zu verhindern, die die Dermatose provoziert haben.
2. Die Ausscheidung durch Purgantien oder Diuretika zu erleichtern.

Bei rezidivierenden oder chronisch verlaufenden Formen (Typus Urticaria) empfiehlt sich die Durchführung eines strengen Regimes.

Digitized by Google

Die Milchdiät bezweckt, bei Zuführung des Minimums schwer assimilierbarer Substanzen, die Reinigung des Organismus; sie ist indiziert bei akut toxischen Dermatosen, so bei Urtikaria, bei polymorphen Erythemen, bei toxischer Purpura oder bei rezidivierenden, scarlatinoformen Erythemen. Es empfiehlt sich dieselbe auch bei akuten Quecksilberexanthemen oder schweren medikamentösen Exanthemen; ferner kann sie empfohlen werden bei schweren Ekzemen, bei Psoriasis erythrodermique, bei Dermatitis exfoliativa und sonst, wo man eine Störung der Nierenelimination vermutet. Sie empfiehlt sich also bei Polyurie, sowie bei Vorhandensein großer Mengen von Urobilin oder Pigmentstoffen, ferner, wenn eine Verminderung der Harnstoffausscheidung konstatierbar ist. — Anderseits gibt es Fälle von Dermatosen bei interstitiellen Nephritiden mit Polyurie, vermindertem spezifischen Gewichte, wo Milchdiät nur für den Fall der Annahme einer Intoxikation zu empfehlen wäre. Bei Polyurie gebe man 30—50 g Lactose pro die, bei Gichtikern 0·5 Lycetol durch einige Tage. Bei eintretender Besserung langsam Uebergang zu gemischter Diät (gekochtes Fleisch, grüne Gemüse unter gleichzeitiger Zuführung von Milch).

Dermatosen, die sich auf gastrische Störungen zurückführen lassen, verlangen eine Regelung der Diät, kleine Hauptmahlzeiten vorwiegend gekochter Nahrungsmittel mit ein oder zwei Nebenmahlzeiten. Man verbiete Mehlspeisen, Brod, Zuckerwerk, Schokolade, Kohl, Rüben, Rettig, rohen Salat, Gurken, Zwiebel, Knoblauch, Wurst, gesalzenes Fleisch, geräuchertes Wild, Konserven, marinierte Fische, Austern, Hummer, Käse, alle gärenden Nahrungsmittel, sowie rohe Früchte.

Der Patient darf zu sich nehmen: Bouillon, gekochtes oder gut gebratenes Fleisch — ohne fremde Saucen, weich gekochte Eier, Flußfische, grüne Gemüse, gekochten Salat. Als Getränke kommen in Betracht indifferente Mineralwässer, ferner Teeaufgüsse von Lindenblüten, Kamillen, Pfefferminze, leichter Kaffee und Tee; manchmal tut dem Patienten ein Glas leichten Champagners nach Tisch gut.

Milch ist verboten. Die medikamentöse Therapie ist belanglos; gegen Pyrosis z. B.:

Na. carb. 0·5—1·0 Bismuth. subn. 0·2—0·6 Morph. hydrochlor. 0·001—0·002 Mg. Cl_2 0·75—1·0	Messerspitzenweise.

Als Antifermentativum empfiehlt er Fluorammonium 0·1—1·0:300·0 Aqu. dest. 1 Eßlöffel nach dem Essen.

Hyperchlorhydrie ist bei Dermatosen selten. Zur Anregung der Magensekretion kann der Patient des morgens einen Effervationsaufguß von 2·0 Quassia amara trinken. Bei Obstsipation: Purgativa, bei Enteroptose: Massage.

Die Anordnung der reizlosen Diät soll nicht wahllos erfolgen; sie wäre z. B. bei Lupus erythematosus zwecklos, ebenso bei Ekzemen beschränkter Lokalisation und akuten Charakters.

Die Ueberernährung, deren Bedeutung für die Entstehung von Ekzemen im Kindesalter allgemein anerkannt ist, spielt auch bei Erwachsenen ätiologisch eine Rolle, selbst wenn keine Fettleibigkeit besteht. Hier empfiehlt sich manchmal zur Vermeidung der Fleischzufuhr eine streng vegetabile Diät, insbesondere bei Dermatosen, die einen rebellischen Charakter besitzen, und bei Nachweis von Hyperazidität des Urins. — (Leredde, Journal des Praticiens Nr. 47.) Laufer.

Laryngologie und Rhinologie.

Zur Hygiene des Tonansatzes unter Berücksichtigung moderner und alter Gesangsmethoden. Von Dr. M. Bukofzer.

Es ist eine berechtigte Forderung, daß die Halsärzte sich mit der Gesangstechnik befassen und die Fähigkeit besitzen, Stimmprüfungen vorzunehmen, da die stimmkranken Sänger ja ihre Klagen meist in gesangstechnischen Ausdrücken oder in praktischen Demonstrationen ihrer Stimmgebrechen vorbringen. Die Aerzte würden dann anstatt des billigen Singverbotes im Gegenteil gerade zweckmäßige Singübun-

Digitized by Google

gen zum großen Nutzen des Kranken verordnen können.

Am wichtigsten für den Sänger ist der Tonansatz, wobei die Sicherheit im unmittelbaren Treffen der Tonhöhe, die Reinheit des Tones von Nebengeräuschen, die Schönheit seiner Klangfarbe und seine Intensität in Betracht kommen. Die Hauptaufgabe haben hiebei die Stimmlippenspanner und die Glottisschließer, welche dafür zu sorgen haben, daß die Exspirationsluft gänzlich zur Tonerzeugung ausgenützt, aber dabei nicht allzu mühsam durch die Stimmritze hindurchgepreßt wird.

Der Ton kann auf einem Vokal oder Semivokal (l, m, n, r, w, weiches s) angesetzt werden. Der Grundvokal, bei dessen Erzeugung der Stimmapparat am meisten in seiner Ruhelage verharren kann, ist das a, der erste Vokal, den das Kind rein bilden lernt, sozusagen der menschliche Naturlaut. Die allermeisten unserer Gesangslehrer wählen auch zur Uebung das a, wie es auch die alte italienische Schule tat, weil dabei der Mund die angemessenste und dem Stimmschalle günstigste Haltung einnimmt. Andere lassen aber auf o singen.

Der Ansatz eines Vokals kann fest oder weich sein; fest ist er, wenn die Glottis zunächst fest geschlossen ist und im Moment der Phonation durch die Exspirationsluft gesprengt wird (Coup de glotte); dies kann mehr hart oder mehr sanft geschehen. Letzteres entspricht dem Spiritus lenis der Alten, während der Ansatz mit geöffneter Glottis dem Spiritus asper entspricht. Dieser, unser deutsches h, wird im Kehlkopf miterzeugt und erfordert daher Luftverbrauch neben der Tonbildung (als üble Gewohnheit „Beiluft“ oder „wilde Luft“ genannt); daher wird dieser Ansatz eines Vokals als unkünstlerisch und unökonomisch im allgemeinen nicht geübt, sondern nur der Coup de glotte.

Vf. stellt nun in lichtvoller, leichtfaßlicher Weise die Ansichten und Methoden der großen Gesangslehrer des XVII. und XVIII. Jahrhunderts zusammen. Ein sachter Ansatz eines sehr leisen Tones läßt nur einen ganz sanften Coup de glotte zu; ein fester Ansatz eines starken Tones ist aber sowohl mit hartem als mit sanftem Coup de glotte möglich. Der Schüler wird jedoch immer die Neigung zu ersterem haben, weil der letztere bei starkem Tone einen hohen Grad von Unabhängigkeit der Respirationsmuskeln des Thorax und Abdomens und der Kehlkopfmuskulatur voneinander erfordert, die nur durch sehr große Uebung zu erreichen ist.

Die moderne Musik mit ihren Orchesterklangmassen und oft unbequemen Höhenlagen stellt nun ganz andere Anforderungen an die Sänger; man fing an, einen hohen Wert auf festen, präzisen Tonansatz zu legen und den energischen Coup de glotte zu favorisieren. Dabei erfolgt zuerst ein hygienisch nicht unbedenkliches Pressen der Stimmlippen gegeneinander, dann die gewaltsame Sprengung der Glottis. Die Bedenken gegen diese Methode werden durch die Erfahrung vollauf gerechtfertigt, denn nur wenige Stimmbänder halten dies auf die Dauer aus. Die Schädigungen betreffen die Schleimhaut (chronische Hyperämie, Schleimabsonderung, Epithel- und Bindegewebswucherung mit Rauhigkeitsgefühl, Räuspern, Heiserkeit etc.), die Muskulatur (Ermüdungsgefühl, Unfähigkeit, den Ton zu halten, Ausfall einzelner Töne, Tremolieren) oder beide zugleich. Soprane, besonders Koloraturstimmen, können wegen des Stakkatosingens einen energischen Coup de glotte kaum entbehren, neigen daher am häufigsten zur Bildung von Sängerknötchen.

Man hat deshalb schon lange versucht, den Coup de glotte durch den Vokaleinsatz mittels eines Konsonanten zu ersetzen. Vf. bespricht nun die Vor- und Nachteile der verschiedenen Konsonanten für diesen Zweck und legt dar, daß die Dentales hiefür die besten sind, speziell das t, sowohl für den Arzt als für den Gesangslehrer. In der Tat ist schon eine Anzahl von Sängern empirisch auf den Ansatz mit t gekommen und höchst überraschend ist es, zu vernehmen, daß schon die alten Griechen ihre Gesangsübungen auf den Silben ta, to, te gemacht haben. Vf. empfiehlt daher nicht nur auf Grund theoretischer Erwägungen, sondern auch seiner bei Behandlung kranker Stimmen gemachten praktischen Erfahrungen den Ansatz auf t

Digitized by Google

aufs wärmste. — (Arch. f. Laryng., Bd. 15, H. 2, 1904.) Weil.

Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Kieferhöhle. Von Dozent Dr. B. Gomperz.

G. hatte eine Kieferhöhle nach Mikulicz eröffnet und führte dann vor jeder Ausspülung eine mit kokaingetränkter Watte armierte Sonde in die Perforationsöffnung, um das Einführen des Spülrohres schmerzlos zu machen. Dabei blieb einmal die Watte in der Kieferhöhle stecken und Vf. zog die Sonde leer heraus. Verschiedene Versuche, der Watte, welche ein Wiederaufflackern des schon erloschenen Eiterungsprozesses veranlaßt hatte, habhaft zu werden, mißlangen, bis Vf. auf die Idee kam, sie durch kräftige Aspiration des ins Antrum eingespritzten Wassers in das Spülrohr hereinzusaugen, was auch nach einigen Tagen glücklich gelang. — (Arch. f. Laryng., Bd. 15, H. 2, 1904.) Weil.

Ueber den Heilwert der Tracheotomie bei der Kehlkopftuberkulose, insbesonders der Kinder und Schwangeren. Von Dr. Henrici.

Vf. bespricht die Indikationen zur Tracheotomie bei Tuberculosis laryngis und stellt die Ansichten der verschiedenen Autoren aus den letzten 35 Jahren über diesen Gegenstand zusammen. Speziell was die Tracheotomie als Heilmittel der Larynxtuberkulose (durch absolute Ruhigstellung des Kehlkopfes) anbelangt, verhalten sich einzelne Autoren völlig ablehnend, während andere, in erster Linie M. Schmidt, von vorzüglichen Erfolgen berichten. Speziell bei Graviden sollte die Operation öfter, als jetzt üblich, ausgeführt werden, da ja die Prognose sonst für die Mutter eine außerordentlich ungünstige ist. Vf. berichtet über drei Kinder von 11—13 Jahren, bei denen die Larynxtuberkulose trotz verschiedener lokaltherapeutischer Maßnahmen immer mehr fortschritt, so daß bei zweien wegen Stenose, beim dritten ohne solche die Tracheotomie vorgenommen wurde. In allen drei Fällen kam dann die Larynxtuberkulose zur vollkommenen Ausheilung, im ersten nach zwei Jahren spontan, in den zwei anderen nach acht Monaten unter Milchsäurebehandlung. Vf. empfiehlt daher die Tracheotomie speziell bei Kindern aufs wärmste. Von dem Tragen der Kanüle sah Vf. keinen schädigenden Einfluß; ebenso kann er den Einwand, daß die Operation Erschwerung der Expektoration veranlasse, die zur Sekretstauung und dadurch zur Ausbreitung der Lungenerkrankung beitrage, nicht gelten lassen. — (Arch. f. Laryng., Bd. 15, H. 2, 1904.) Weil.

Bemerkungen über Kontusion des Kehlkopfes. Von Dr. Burchardt.

Die Kontusionen des Kehlkopfes sind seltene Vorkommnisse und Vf. berichtet über zwei solche Fälle, welche durch Auffallen mit der rechten Halsseite auf scharfkantige Möbelstücke entstanden. Der eine zeigte ober- und unterhalb des rechten Stimmbandes je ein längliches Hämatom, der andere entzündliches Oedem am rechten Aryknorpel, und zwar, was in forensischer Beziehung wichtig ist, erst 36 Stunden nach der Verletzung. Eine Läsion der äußeren Haut war bei beiden nicht sichtbar, eine solche des Knorpels nicht nachweisbar. Das rechte Stimmband war bei beiden etwas geschwellt und seine Beweglichkeit etwas vermindert und während der Dauer dieser Erscheinungen (8, resp. 6 Tage) die Stimme etwas heiser. Die Therapie hat hauptsächlich für Ruhigstellung des Kehlkopfes, ruhiges Verhalten des Kranken und Regelung der Diät zu sorgen; von Eiskravatten hält Vf. nicht viel. — (Arch. f. Laryng., Bd. 15, H. 2, 1904.) Weil.

Kinderheilkunde.

Die Behandlung der Cholera infantum, mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Technik. Von Dr. H. Roeder.

Vf. berichtet über die Behandlung der Gastroenteritis, wie sie am Kaiserin Friedrich-Krankenhaus in Berlin seit einiger Zeit mit vorzüglichem Erfolge durchgeführt wird. Vorbedingung ist, daß die Fälle nicht durch Verzögerung der Therapie aussichtslos werden, und daß die klinischen Erscheinungen als Sensorium,

Digitized by Google

Hautturgor, Körperhaltung, Verhalten des Pulses und der Diurese, Beschaffenheit jeder einzelnen Stuhlentleerung unausgesetzt sorgfältig beobachtet werden. Die Therapie hat sich von Fall zu Fall nach dem wechselvollen Bilde der Erkrankung genau zu richten. Der so rasch eintretende Wasserverlust, der in extremen Fällen, die dann letal verlaufen, bis zu $^1/_{10}$—$^1/_5$ des Körpergewichts betragen kann, ist Indikation zur subkutanen Kochsalzinfusion, dem wichtigsten therapeutischen Eingriffe, der sich mit der Verabreichung auch anderer Analeptika zur Stärkung der geschwächten Herzkraft verbinden muß. Im allgemeinen ist es unmöglich, die Infektion sofort zu bekämpfen, also eine kausale Therapie ausgeschlossen. Vf. warnt besonders vor der Anwendung der Opiate im Anfangsstadium der Cholera; auch später, am 3.—4. Krankheitstage, kann das Opium entbehrt werden, da in dem Wismut (Bism. subn. 0·2—0·5 3mal tgl.) und insbesondere in der Bismutose in diesem Stadium der Erkrankung vortreffliche Ersatzmittel gegeben sind. Am zweckmäßigsten ist die sofortige Anwendung eines Senfbades, das den Zustand des Kindes günstig beeinflußt. (Zu einem Senfbade nimmt man zwei Hände voll Senfmehl und läßt dasselbe — in ein Leinwandtuch eingeschlagen — einige Minuten unter Hin- und Herschwenken im Badewasser ziehen, bis dasselbe trübe, gelbgrün geworden ist.) Das Bad dauert 5—8 Minuten; nach demselben empfiehlt sich das Frottieren des ganzen Körpers; danach wird das Kind in Decken eingehüllt und muß durch Wärmeflaschen etc. vor jedem Wärmeverlust geschützt werden. Vor dem Baden sind 1—3 Kampferspritzen zu geben. Oefter genügt ein einziges Senfbad, doch muß es in manchen Fällen 1—2mal täglich gegeben werden. Am besten erhält das Kind dann in den ersten Tagen täglich morgens statt des Reinigungsbades ein Senfbad. Bis alle Gefahren des Kollapses beseitigt sind, zögere man nicht mit den Kampferinjektionen und verabreiche, wenn irgend möglich, dreistündlich eine Pravaz-Spritze Kampferöl. Sehr frühzeitig ist von der subkutanen Kochsalzinfusion Gebrauch zu machen, besonders wo durch große Wasserverluste der Hauttonus gesunken, die große Fontanelle eingefallen, die Pupillen bis zum äußersten verengt sind und auf Lichteinfall wenig oder gar nicht reagieren, das Abdomen tief eingezogen, der Kräftezustand sehr elend ist, die Durchfälle nicht nachlassen und die Harnsekretion sistiert. Die Infusionen wirken günstig auf Herz und Nieren. Als Infusionsflüssigkeit benützt man am besten eine 0·3%ige Kochsalzlösung (zirka $^1/_2$ Teelöffel Kochsalz auf 1 Liter abgekochtes Wasser) auf 40° C. erwärmt. Die Infusionen führen zum Ziele, wenn sie rechtzeitig und mit genügenden Mengen ausgeführt werden; daneben sind Mineralwässer zu reichen. Nächst diesen therapeutischen Maßnahmen bedarf es in der Mehrzahl der Fälle der Entfernung schädlicher Nahrungsreste aus dem Magen mittels Spülungen. Zur Spülflüssigkeit nimmt man obengenannte Kochsalzlösung. Indiziert ist die Spülung, welche mit einem nicht zu engen Gummischlauch gemacht werden soll, wenn anamnestisch mehrmaliges Erbrechen festgestellt wird und wenn das Erbrechen auch bei Entziehung der Nahrung nicht sistiert. Es empfiehlt sich in vielen Fällen 60—100 cm^3 der Lösung im Magen zurückzulassen. Das Nächste ist dann die Regelung der Diät. Vf. rät dringend, das gern gegebene Eiweiß fortzulassen, da es gerade beim Brechdurchfall eine gefährliche Noxe darstelle und der minimale Nährwert in keinem Verhältnisse stehe zu den Gefahren der fäulnisfähigen Eiweißsubstanz. Am besten gibt man den Kindern Tee zu trinken, und zwar bei nur leichtem Brechreiz aus der Flasche warm (2—3stündlich 80—100 cm^3), bei benommenem Sensorium und starkem Erbrechen eiskalt alle 5—10 Minuten 3—5 Teelöffel. Von besonderer Wichtigkeit ist es ferner, den Zeitpunkt zu bestimmen, wo man zu einer Nahrung übergehen kann. Bei besserem Kräftezustand kann schon nach 36—48 Stunden zu Haferschleimlösung übergegangen werden. Bei den elenden Kindern, die den Tee löffelweise bekommen haben, gehe man nicht zu früh zur Schleimnah-

Digitized by Google

rung über. Die bei der Teenahrung an Zahl und Wassergehalt verminderten Stühle nehmen bei reiner Schleimdiät eine etwas festere Beschaffenheit an. Allmählich geht man dann zu ganz dünner Milchmischung oder dem Biedert'schen Rahmgemenge über in sehr starker Verdünnung. Bei dieser Ernährung bleibe man 2—3 Tage. Erst ganz allmählich kann die Nahrung ihrer Quantität und ihrem kalorimetrischen Werte nach dem Körpergewicht angepaßt werden. — (Ther. d. Gegenw., Juni 1904.) F. L.

Das Bioferrin in der Kinderpraxis. Von Prof. Siegert.

Nach Bunge wird der natürlich oder künstlich ernährte Säugling anämisch, wenn man ihm im ersten Jahre nicht neben Milch eisenhältigere Nahrung reicht. Auch die meisten rhachitischen Kinder sind blutarm. Um für die Kinderpraxis ein praktisches Eisenpräparat zu haben, müßte dieses haltbar, rein, von angenehmem Geruch und Geschmack und gleichmäßiger Wirkung sein. Auch sollten alle Fermente und Alexine des Blutes intakt erhalten sein. Ein solches brachte auf die Anregung des Autors ein Prof. Cloetta zustande. Versuche bei Erwachsenen und Kindern ergaben schon nach 2—3 Wochen eine deutliche Steigung des Hämoglobins, Zunahme des Appetits und des Kraftgefühls.

Die Dosis des „Bioferrins" für Säuglinge beträgt 1—2mal 5 g, für ältere Kinder 10—15 g, für Erwachsene 15—30 g pro die. Das Präparat kann verdünnt mit kalter und warmer Milch, Wasser u. s. w., wie unverdünnt genommen werden, am besten zu Beginn der Hauptmahlzeiten.

Neben Eisen enthält es alle wirksamen Bestandteile des Blutes. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 27, 1904.) Nrth.

Ueber Jodferratose bei Skrofulose und Lues. Von Bardach.

Redner geht zunächst auf die Zusammensetzung ein, welche sich von der des Syrupus ferri jodati wie anderer Eisenverbindungen mit Jod dadurch vorteilhaft unterscheidet, daß sie nicht nach längerem Liegen zersetzt wird. Er berichtet dann über eigene und fremde Beobachtungen am Elisabeth- und Viktoriastift in Kreuznach, die sehr günstig sind, und faßt seine Ausführungen in folgenden Thesen zusammen:

Die Soolbäderbehandlung skrofulöser und luetischer Symptome wird durch die Zufuhr von Jodeisen aufs wirksamste unterstützt. Die Jodferratose, auf Grund des Schmiedeberg'schen Ferratin synthetisch dargestellt, hat sich als vollgiltiger Ersatz des schlecht schmeckenden, leicht verderblichen, inkonstant zusammengesetzten Syr. ferr. jod. an zahlreichen Kreuznacher Kranken durchaus bewährt. Jodferratose ist als Antiskrofulosum besonders bei der lymphatisch-anämischen Form anzuwenden; sie kann dauernd und ohne Nebenwirkung für Zähne und Magen, ohne Jodismus angewendet werden; eine gewisse Bedeutung als Nährstoff kommt nach den Ausführungen Schmiedebergs dem Ferratin und seinen Verbindungen zu. In der Rekonvaleszenz von Lues fördert Jodferratose die durch die Quecksilberkuren herabgesetzte Blutbeschaffenheit. — (Kongr. deutscher Naturforscher u. Aerzte 1903.) Nrth.

Zahnheilkunde.

Prophylaktische Zahnheilkunde. Von L. C. Bryan.

Um dem Zerfalle der Zähne vorzubeugen oder denselben zum Stillstand zu bringen, verwendet Bryan das Silbernitrat. Der Gebrauch desselben wurde seit 1854 vielfach bei oberflächlicher Karies empfohlen, welche noch nicht tief genug greift, um eine Füllung zu indizieren. Nach Vf. ist Argentum nitricum nicht nur ein prophylaktisches Mittel gegen Karies, sondern auch ein Stimulans der Odontoblasten zur Bildung des sekundären Dentins und Ablagerung von Kalksalzen in schwachen Teilen defekter Zähne, sowie ein Stärkungsmittel für gesunde Zähne, da es zugleich eine antiseptische Schicht von Silbersalzen an den Zahnoberflächen ablagert und das Albumin in den Dentinröhrchen bis zu einer

Digitized by Google

gewissen Tiefe koaguliert. Vf. nimmt all dies auf Grund seiner vorzüglichen klinischen Erfolge an, ohne daß bisher der mikroskopische Beweis für die Richtigkeit seiner Hypothesen gegeben wäre. Besonders wichtig ist die Behandlung von Zähnen mit offenbar schwachem Gewebe durch fleißiges Baden in 40%igem Silbernitrat, was in Zeiträumen von vier bis sechs Monaten wiederholt werden muß. Dadurch gelingt es, Zähne der schwächsten Qualität ohne nennenswerte Kavitäten oder Plomben bis zum Pubertätsalter zu erhalten. Freilich muß man sehr bald nach dem Durchbruche der Zähne damit beginnen. Die Behandlung ist durchaus nicht so einfach, wie sie auf den ersten Blick erscheint. Bei den unruhigen kleinen Patienten läuft man immer Gefahr, die Weichteile des Mundes zu verätzen und die eigenen Hände arg zu beschmutzen. B. gibt genaue Vorschriften für das Silberbad, wobei es vornehmlich darauf ankommt, die Lösung in die Zahnzwischenräume und in die Furchen der Kauflächen zu bringen und daselbst eintrocknen zu lassen, bis nur die reinen Kristalle über den Oberflächen der Zähne zurückbleiben. — (Schweiz. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilk., Vol. XIII., Nr. 10.)

R. Kronfeld.

Erfahrungen über die Wirkung des Benesols (Lokalanästhetikum). Von Prof. J. Scheff.

Mit den Fortschritten der konservierenden Zahnheilkunde tritt die Notwendigkeit der Extraktion immer seltener auf. Die Extraktion ganzer Zahnreihen, wie sie vor 30 Jahren üblich war, wenn es sich um künstlichen Ersatz der Zähne handelte, kann heute unter den veränderten Umständen unserer Behandlung und Konservierung als ein überwundener Standpunkt angesehen werden. Die zu jener Zeit übliche allgemeine Narkose, welche nötig war, um in einer einzigen Sitzung eine große Zahl von Zähnen oder Wurzeln entfernen zu können, ist heutzutage, wo es sich bei den Extraktionen einzelner Zähne um verhältnismäßig geringfügige Eingriffe handelt, nicht mehr nötig, weil es jeder Zahnarzt gerne vermeidet, wegen einer wenige Sekunden dauernden Operation den Patienten in Gefahr zu bringen und sich selbst einer großen Verantwortung auszusetzen. Es ist daher die Inhalationsnarkose für unsere Zwecke in den Hintergrund getreten und wird immer mehr durch die Lokalanästhesie ersetzt. Hiebei leistete die 1%ige sterilisierte Kokainlösung trotz der Unzahl neuer und neuerer Mittel immer noch die besten Dienste und scheint nur durch das in letzter Zeit aufgetauchte Benesol übertroffen zu werden. Dieses soll zusammengesetzt sein aus Phenol, Amylnitrit, Eukain β, Menthol, Kokainsakcharat und Eukalpytol, als wirksame Bestandteile sind darin Eukain und Kokain anzusehen. Es genügt eine halbe Spritze, um in den meisten Fällen vollkommene Schmerzlosigkeit für die Extraktion von ein bis drei nebeneinanderstehenden Zähnen und Wurzeln zu erzielen. Nach der Injektion soll man der beigegebenen Beschreibung gemäß drei bis vier Minuten warten. Nach Vfs. Erfahrungen hängt die Anästhesie jedoch eher von der richtigen Verteilung der injizierten Flüssigkeit ab. Bisher hat sich das Benesol als vollkommen unschädlich erwiesen, der einzige Nachteil liegt darin, daß es vorläufig noch zu teuer ist, ein Uebelstand, der wohl bei stärkerem Absatz vermieden werden kann. — (Oest.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., XX. Jahrg., H. 1.)

R. Kronfeld.

Pharmakologie und Toxikologie.

Diaethylmalonylharnstoff wird unter dem Namen **Veronal** von den Farbenfabriken in Elberfeld, vorm. Friedr. Bayer & Co. in den Handel gebracht und neuerdings als Hypnotikum vielfach angewandt. Laudenheimer berichtet in „Therap. d. Gegenwart" Nr. 1, 1904, über einen mit Veronalismus bezeichneten, gewohnheitsmäßigen Veronal-Mißbrauch, den er bei einem Morphinisten beobachtet hatte. Letzterer hatte innerhalb zweier Monate 250 g Veronal verbraucht. Besondere Nachteile wurden

Digitized by Google

nicht beobachtet. Gerhartz und Clarke berichten über Intoxikationen, die durch — allerdings übermäßig hohe — Einzeldosen von 3 g, bezw. 7·5 g in wenigen Tagen, verursacht worden sind. Zu erwägen ist hiebei allerdings, daß die Fabrik selbst angibt: „Dosis 0·5—0·75—1 g. Bei Mädchen und Frauen häufig schon 0·25—0·3 g zureichend; heftige Erregungszustände, Delirium tremens, Schlaflosigkeit im Verlauf akuter Infektionskrankheiten machen meist höhere Dosierung (1—1·5—2 g) notwendig."

Dr. Springer, Breslau.

Ueber Veronal. Von Emil Fischer und J. v. Mering.

Die Untersuchungen des Vf. haben ergeben, daß Veronal vom menschlichen Organismus unverändert durch den Harn wieder ausgeschieden wird. Die Ausscheidung selbst dauert mehrere Tage.

Aus dem Urin läßt sich das Veronal leicht wiedergewinnen. Die Ausbeute ist fast quantitativ. Der Harn wird unter 20 bis 30 mm Druck auf ein Fünfzehntel des ursprünglichen Volumens eingedickt, wiederholt mit Aether extrahiert, die Verdunstungsrückstände der Aetherextrakte durch Tierkohle entfärbt und dann umkristallisiert. Auf diese Weise gelingt es, das Veronal in schöner Form wiederzugewinnen. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 6, 1904.) Dr. Springer, Breslau.

Liquor Formaldehydi saponatus. Von C. Bedall.

Als ein Ersatzmittel für das immerhin nicht ganz billige Lysoform empfiehlt der Vf. folgendes Präparat: 20 Teile Oleïn. redestill. werden mit 10 T. Weingeist gemischt und dieser Lösung allmählich eine Mischung aus 26 T. Kalilauge und 44 T. Formaldehyd zugesetzt. Als Geruchskorrigens wird je 100 g dieser Mischung 1 Tropfen Lavendelöl zugegeben. Das Präparat soll dieselben guten Eigenschaften besitzen, wie das Lysoform. Die Formaldehyd-Seifenlösung ist mit destilliertem Wasser und Alkohol, selbst mit der dreibis vierfachen Menge Chloroform, klar mischbar. — (Apoth.-Ztg. p. 153, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Ueber die elektrolytische Darstellung von Jodoform aus Azeton. Von J. E. Teeple.

In letzter Zeit werden zahlreiche chemische Arzneimittel auf elektrolytischem Wege dargestellt, während, wie z. B. beim Kalium chloricum, die alte Methode ganz verlassen worden ist. Die auf elektrolytischem Wege erhaltenen Produkte sind meistens reiner und auch billiger. — Dem Vf. ist es gelungen, auch Jodoform auf einfache und schnelle Weise in großer Reinheit herzustellen. Er benützt eine neutrale Lösung von 25—30 g Jodkalium, 200—250 cm^3 Wasser und 2 cm^3 Azeton. Die Anoden-Stromdichte betrug 1 bis 6 Amp. für den Quadratdezimeter bei 3 bis 12 Volt und einer Temperatur von 25° C. — (The Journ. of the Amer. Chem., Soc. XXVI, 1904; Pharm.-Ztg. 407, 1904.) Dr. Springer, Breslau.

Massenerkrankung durch Kartoffelsalat. Von Stabsarzt Prof. Dr. Dieudonné.

Im Herbst vorigen Jahres erkrankten zirka 180 Mann des 4. bayerischen Infanterie-Regiments im Lager Hammelburg wenige Stunden nach dem Mittagessen. Der Verdacht lenkte sich sofort auf das Mittagessen, das aus Nudelsuppe, Ochsenfleisch und Kartoffelsalat bestand. Da nur diejenigen Leute erkrankten, die von dem Salat gegessen hatten, konnte nur dieser die Intoxikationserscheinungen hervorgerufen haben. Der Salat war aus zarten, neuen Kartoffeln bereitet, die schon Tags zuvor geschält und gekocht und über Nacht in einem Korbe aufbewahrt waren.

Die Vergiftungserscheinungen äußerten sich in allgemeiner Mattigkeit, Schwindel und Kopfschmerz, denen bald heftiges Erbrechen, Schwäche, Kollaps und Krämpfe in den Extremitäten, besonders in den Waden, folgten. Nach ungefähr 7 Stunden war das Maximum erreicht, die Erscheinungen gingen allmählich wieder zurück. Die Therapie bestand in Kalomel, Kognak, Kaffeeaufguß, Magenspülungen.

Die bakteriologische Untersuchungsstation des Garnisonlazaretts Würzburg wurde mit der Untersuchung des Kartoffelsalats betraut und isolierte eine Proteusart (Proteus vulgaris). In der Tat

Digitized by Google

zeigten Kartoffeln, die mit Proteus infiziert waren, in der Verfütterung bei Mäusen die typischen Erscheinungen.

In derselben Garnison (Straßburg i. E.) kam bereits vor ungefähr 4 Jahren eine ganz ähnliche Vergiftung durch Kartoffelsalat vor. Der damals mit der Untersuchung betraute Bakteriologe R. Weil isolierte eine Spezies, die er Bac. solaniferus nannte und von der er nachwies, daß sie imstande sei, Solanin zu erzeugen. Weil behauptet, auf diese Weise faßbare Mengen Solanin erhalten zu haben. Solanin bildet sich bekanntlich in den etiolierten Trieben, die im Dunkeln den sogenannten Augen entsprossen, reichlich und bildet eine Zwischenstufe der Alkaloide und Glykoside. Dieses Glykoalkaloid Solanin zersetzt sich im Organismus sehr rasch und ist schwer nachzuweisen. Die Vermutung liegt nahe, daß der Bac. solaniferus von Weil mit dem Proteus identisch ist, den das Würzburger Institut erhalten hat. — (Deutsche militärärztl. Zeitschr. Nr. 3, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Einfluß von Reizstoffen auf die Milchsekretion. Von G. Fingerling.

Den Landwirten werden dauernd Geheimmittel angeboten, die die Milchsekretion der Kühe in günstigster Weise beeinflussen sollen, die Quantität wie der Fettgehalt soll nach Gebrauch dieser Reizstoffe eine bedeutende Steigerung erfahren. Bei einem so wichtigen Nahrungsmittel, wie es die Milch ist, das Hauptnahrungsmittel für Kinder, verdient diese Methode eine besondere Beachtung, denn abgesehen von Schädigungen, die hiedurch für das Tier selbst entstehen können, liegt eine Veränderung der Milch sehr nahe.

Der Vf. hat nun folgendes ermittelt: Bockshorn (Foenum graecum) zeigte keinerlei Veränderung der Milch. Malzkeime bessern die Qualität, die Quantität wird nicht geändert. Anis, Fenchel und ähnliche indifferente Stoffe verbesserten dagegen die Milch in der Menge und im Fettgehalt. Diese verhätnismäßig billigen und unschuldigen Gewürze eignen sich nach jeder Richtung hin vorzüglich für den genannten Zweck und sind den teueren und oft nicht einwandfreien Geheimmitteln entschieden vorzuziehen.

Vom hygienischen Standpunkte aus ist natürlich der Gebrauch schädlicher oder unbekannter Reizstoffe, sowie auf diese Weise erhaltene Milch zu untersagen. — (Journ. f. Landwirt. Nr. 51, 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

Ueber das Schicksal des Bleies im Organismus, nebst Bemerkungen über die Therapie des Saturnismus und über die Vermeidung der Bleigefahr. Von F. Blum.

Die Versuche wurden mit Hasen angestellt. Die Hasen wurden mit gelben Rüben gefüttert, die mit der zu untersuchenden Bleiverbindung imprägniert waren. Für die Giftigkeit der betreffenden Präparate kommt nicht die größere oder geringere Löslichkeit in Wasser in Betracht, sondern die Angreifbarkeit gegenüber den Säften des Organismus. So zeigte es sich, daß das den Säften gegenüber resistente Schwefelblei ungiftig ist, dagegen Bleioxyd, Bleiweiß und Bleijodid, die ja ebenfalls wasserunlöslich sind, von den Magensäften angegriffen werden und daher giftig wirken. Selbst Bleisulfat, das gegen chemische Einwirkungen so außerordentlich widerstandsfähig ist, wird bei Gegenwart von Eiweißverbindungen vom Magensaft angegriffen. Hieraus ergibt sich, daß Schwefelsäure als Antidot bei Bleivergiftungen unbrauchbar ist, aber auch die häufig angewandte Methode der Jodkalibehandlung entbehrt nach den vorliegenden Untersuchungen der Begründung. Bei letzterem Verfahren fand sich im Urin eine beträchtliche Menge Jod, dagegen niemals Blei, der Beweis, daß das Bleijodid eine durchgreifende Zerlegung im Magen erfährt. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 54, 1904.) Dr. Springer, Breslau.

Zur Kenntnis des biologischen Arsennachweises. Von Walter Hausmann

In der letzten Nummer dieser Zeitschrift wurde von mir über eine empfindliche biologische Prüfung auf Arsen von Bell referiert. Der Nachweis beruhte darauf, daß der Pilz Pennicillium brevi-

Digitized by Google

caule imstande ist, aus arsenhaltigen Objekten den charakteristischen Knoblauchgeruch — wahrscheinlich durch Bildung von Arsenwasserstoff — zu entwickeln.

Hausmann bringt nun die Mitteilung, daß auch die Aktinie Aiptasia diaphana Rapp. bezw. die mit ihr in Symbiose lebenden gelben Algenzellen die Fähigkeit besitzen, aus sehr verdünnten Arsenlösungen Verbindungen von knoblauchartigem Geruche zu entwickeln. Auch das Verhalten gegen Selen- und Tellurverbindungen entspricht ganz dem von Penicillium brevicaule. — (Beitr. f. chem. Phys. u. Pathol. Nr. 5, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

II. Diagnostik.

a) Mundhöhle und Nase.

Das Verhältnis der hintersten Siebbeinzelle zu den Nervi optici. Von Prof. Dr. A. Onodi.

Vf. hat durch frühere Untersuchungen die engen Beziehungen der hintersten Siebbeinzelle zum Canalis opticus nachgewiesen und deren Wichtigkeit in klinischer Hinsicht betont, weil bisher bei der Annahme einer kanalikulären Erkrankung des N. opticus fast schablonenmäßig nur von der Keilbeinhöhle und ihrer Erkrankung die Rede war. Vf. bringt nun einen neuen Fall, in welchem eine enorme rechte hinterste Siebbeinzelle oberhalb beider Keilbeinhöhlen sich ausbreitet und ihre obere Wand zugleich die untere Wand beider Canali optici bildet.

Wenn man also bei beiderseitiger Sehstörung meist eine intrakranielle Erkrankung annahm und nur ausnahmsweise eine doppelseitige Erkrankung der Keilbeinhöhle und neuerdings nach Vf. auch der hintersten Siebbeinzelle in Betracht ziehen wollte, muß man nach diesem neuesten Befunde Vf.s auch die Möglichkeit doppelseitiger Optikuserkrankung bei nur einseitiger Affektion der hintersten Siebbeinzelle in Erwägung ziehen. — (Arch. f. Laryng., Bd. 15, H. 2, 1904.) Weil.

Die Haarzunge. Von Dr. Albert Blau.

Vf. berichtet über vier Fälle dieser relativ seltenen Affektion. Bei allen fand sich in der Mitte der Zunge bis gegen die Papillae circumvallatae hin ein größeres oder kleineres Gebiet von einem dicken, dunkelfärbigen Belag bedeckt, der sich leicht abkratzen ließ und aus dicht verfilzten Büscheln von haarförmigen, 3—10 mm langen Fasern bestand, welche nach dem mikroskopischen Befunde aus einer mit Verhornung des Epithels einhergehenden Wucherung der Papillae filiformes hervorgehen. Daß in dem Belage auch die Spaltpilze der Mundhöhle sich ansiedeln und reichlich vermehren, ist wohl selbstverständlich; Schimmelpilze konnte Vf. aber niemals finden. Die verschiedene Färbung des Belages (dunkelgraugrün, braunschwarz, blauschwarz, graugelb) könnte von Ingestis herrühren, Vf. vermutet aber, daß der verschiedene Rhodankaliumgehalt des Speichels dabei eine Rolle spielt. Die Affektion, die übrigens belanglos ist, verschwand das einemal spontan, das anderemal rezidierte sie hartnäckig trotz energischer lokaltherapeutischer Maßnahmen. — (Arch. f. Laryng., Bd. 15, H. 2, 1904.) Weil.

b) Herz.

Ueber dorsale Auskultation des Herzens. Von Wenzel Libenský.

Die methodische Untersuchung von Herzfehlern ergibt in manchen Fällen ein auffallend lautes Geräusch rückwärts. Untersucht man alle Herzfehler mittels dorsaler Auskultation, so findet man folgendes: Bei Fehlern des linken venösen Ostiums ist das Geräusch im unteren Schulterblattwinkel links am lautesten. Da man in Fällen mit auffallend lautem Geräusche rückwärts eine ausgedehnte Verbreiterung der Herzdämpfung, manchmal bis zur Axillarlinie, fand, supponierte man einen ursächlichen Zusammenhang beider Symptome, zumal da die Untersuchung der Anfangsstadien der Erkrankungen des linken venösen Ostiums diese

Digitized by Google

Supposition unterstützte. Da man in jenen extremen Fällen aus den Allgemeinsymptomen den Verdacht auf eine Dilatation des rechten Herzens schöpfen mußte, nahm man weiter an, daß durch die Dilatation des rechten Herzens die linke Kammer von der vorderen Brustwand abgedrängt, nach innen und hinten gedreht und so der hinteren Thoraxwand genähert wird; daher der Befund eines mehr oder weniger lauten Geräusches rückwärts. Die Autopsie hat diese Annahme bestätigt. Die Vorteile der dorsalen Auskultation sind folgende: Sie gestattet einen Schluß auf den Grad der Dilatation des rechten Herzens, da das Geräusch umso lauter ist, je größer die Dilatation ist; sie beeinflußt die Prognose, da sich diese mit zunehmender Dilatation verschlechtert, und ist für die Diagnose von Bedeutung; ist nämlich das Maximum des Geräusches am Schulterblattwinkel links, dann liegt ein Vitium des linken venösen Ostiums vor. Bei Vitien des linken arteriellen Ostiums ist das Maximum des Befundes rückwärts in der linken und rechten Fossa supraspinata und nach einwärts bis zum dritten Brustwirbel; am Schulterblattwinkel links ist der Befund negativ. — (Verein böhm. Aerzte in Prag; Wien. klin. Rundschau Nr. 28, 1904.) E. S.

c) Lunge.

Zur Kenntnis der Herpes Zoster bei krupöser Pneumonie. Von Riehl.

Der Herpes kommt in zirka 30—40% aller krupösen Lungenentzündungen vor, und zwar viel häufiger beim männlichen wie beim weiblichen Geschlechte. Bei ein und demselben Individuum bricht Herpes fast durchwegs nur einmal aus, meist am dritten bis vierten Krankheitstage. Lokal am häufigsten erscheint er im Gebiet des zweiten und dritten Trigeminusastes, besonders des N. infraorbitalis. Im Bereich des ersten Trigeminusastes (Auge, Stirn) findet er sich selten. Atypische Lokalisationen am Hals, Stamm (After, Kreuzbein) und Extremitäten gehören zu den Ausnahmefällen. Die Pneumonien des Kindes- und des Greisenalters verlaufen fast immer ohne Herpesbildung. Die leichtesten Fälle von Pneumonie charakterisieren sich meist durch ausgedehnte starke Herpesbildung. Schwere Lungenentzündungen dagegen, die letal enden, zeigen in 90% keine Entwicklung von Herpeseffloreszenzen, welche daher eine gewisse prognostische Bedeutung besitzen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 25, 1904.) E. S.

d) Oesophagus.

Beitrag zum Verlauf des peptischen Speiseröhrengeschwüres. Von Dr. C. Hödlmoser. (Landesspital Sarajevo.)

Vf. bringt die Krankengeschichte eines 35jährigen Mannes, der bereits seit mehreren Jahren magenleidend war und insbesondere in letzter Zeit starke Schmerzen in der unteren Sternalgegend neben Schlingbeschwerden hatte. Die Sondenuntersuchung, bei welcher auch eine dicke Sonde anstandslos passierte, ergab das Fehlen einer nachweisbaren Stenose. Im weiteren Verlaufe hielten Magenschmerzen mit wechselnder Intensität an, es gesellte sich von Zeit zu Zeit Erbrechen kaffeesatzartiger Massen hinzu, die Magenausspülung förderte große Massen alter Speisereste zutage, der Magen war dilatiert. Unter immer häufigerem Erbrechen brauner Massen, schließlich von reinem Blut, und entsprechend rapid fortschreitender Anämie erfolgte schließlich der Exitus letalis.

Bei der Obduktion fanden sich zwei runde Geschwüre am Anfangsteil des Duodenums, nahe am Pylorus; sie waren in Vernarbung begriffen und hatten zu einer Stenose des Pylorus geführt. Außerdem ein Ulcus rotundum im Oesophagus nahe an der Kardia; Reste einer reichlichen Blutung in die Magenhöhle, die in höchstem Grade erweitert war; schwere allgemeine Anämie.

Im Anfang der Behandlung war eine Hyperazidität und Hypersekretion am wahrscheinlichsten geschienen, namentlich mit Rücksicht auf die Sternalschmerzen und auf die lange Dauer des Bestehens der Erkrankung. Schlingbeschwerden hatte Patient angeblich vor seiner Aufnahme,

Digitized by Google

nach derselben waren sie nicht mehr vorhanden, weshalb ein Karzinom des Oesophagus nicht angenommen wurde. Die später konstatierte Dilatation, namentlich aber die Magenausspülung und das Erbrechen kaffeesatzartiger Massen wiesen auf eine Erkrankung des Magens hin, welche nicht einfache Hyperazidität und Hypersekretion sein konnte. Für Ulkus sprachen die lokalisierten und von der Nahrungsaufnahme abhängigen Schmerzen, sowie die vermehrte H Cl. Die Diagnose auf Pylorusstenose war nach dem Ergebnis der Ausspülung gesichert. Die Sternalschmerzen wurden als ausstrahlende Schmerzen gedeutet und die Diagnose auf Stenose am Pylorus wahrscheinlich karzinomatöser Natur gestellt. Vf. hält das Ulcus oesophagi für ein Ulcus pepticum, das insofern mit dem Ulcus duodeni ad pylorum zusammenhängt, als durch letzteres eine Stenose mit konsekutiver Gastrektasie entstanden war, welche ihrerseits neben der wahrscheinlich vorhandenen Hyperazidität und mechanischen Insuffizienz der Kardia, zu häufiger Regurgitation des sauren Mageninhaltes geführt hatte. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 25 und 26, 1903.) F. L.

e) Magen.

Die angeborene Pylorusstenose der Säuglinge. Von Ernst Schotten.

Die Krankheitserscheinung, die bei den Kindern, meist wenige Wochen nach der Geburt, zuerst auffällt, ist Erbrechen. Das Erbrechen, das anfangs nicht als etwas Besonderes angesehen und meist zuerst auf Dyspepsie bezogen wurde, wird häufiger und massenhaft; die Kinder erbrechen schließlich, wenn man sie reichlich nährt, nach jeder Mahlzeit sofort die unveränderte, zuweilen aber erst nach einigen Stunden die entsprechend umgewandelte Milch aus, die dann meist säuerlich, zuweilen nach Buttersäure, selten faulig riecht, während bei Ernährung mit vorsichtigen Einzelportionen zuweilen erst nach mehreren Mahlzeiten, dann aber mehr, als der letzten Mahlzeit entspricht, erbrochen wird. Niemals zeigt das Erbrochene Beimengung von Galle. Die Ausheberung des Magens ergibt noch mehrere Stunden nach der Mahlzeit Inhalt in demselben, der die mehr oder weniger veränderte Nahrung darstellt, manchmal freie Salzsäure, zuweilen vermehrt, in anderen Fällen keine Salzsäure, aber Milchsäure und fette Säuren und öfters Schleim enthält. Die Menge des Stuhlganges ist sehr vermindert, er ist meist dunkler als normal, häufig dunkelgrün, schleimig, gallertartig oder kindspechähnlich. Er fehlt zuweilen viele Tage lang gänzlich und wird oft nur mit Mühe durch künstliche Mittel erzielt. Dabei zeigt sich der Leib eingefallen, bis auf die Gegend des Magens, welche, wenn derselbe gefüllt ist, sich vorwölbt. Der ausgedehnte Magen erscheint alsdann oft bis zur Nabelhöhe und noch weiter herab außer für das Gesicht für die Palpation (Plätschergeräusche), Perkussion und Sondenuntersuchung nachweisbar. Durch Anfüllung kann häufig die vermehrte Kapazität nachgewiesen werden, die in einem beschriebenen Falle (Henschel) 400 cm³ betrug. Nach Heubner ist der Magen meist nicht ausgedehnt, da er seinen Inhalt genügend durch Brechen entleert. An dem gefüllten, blasig vorgewölbten Magen sieht man in den meisten Fällen peristaltische Wellen, die von links nach rechts, selten von rechts nach links gehen und manchmal dem Erbrechen vorausgehen. In einem Teile der Fälle fühlt man den Pylorus als queren, resistenten, kleinfingerdicken verschiebbaren Tumor. Das Körpergewicht der Kinder, das in der ersten Zeit nach der Geburt oft noch eine Zunahme gezeigt hat, fängt bald an, zurückzugehen, und zwar oft erheblich unter das Anfangsgewicht. Dementsprechend ändert sich das Aussehen, das Gesicht verfällt, die Fontanelle sinkt ein, die Haut am ganzen Körper wird welk und bildet an den Extremitäten Falten. Die Kinder sehen alsdann nicht eigentlich krank, sondern verhungert aus. Der Kräftezustand nimmt natürlich ab, die Saugkraft und -lust vermindert sich. In manchen Fällen fällt die ungewöhnliche Ruhe und Zufriedenheit auf, in anderen Fällen scheint häufiges Schreien der Kinder auf krampfhafte Schmerzen hin-

Digitized by Google

zuweisen. Die Urinmenge wird entsprechend der geringen vom Körper aufgesaugten Flüssigkeit minimal, so daß die Windeln oft täglich nur einmal und in geringem Maße benetzt werden. Das ganze klinische Bild weist auf ein Hindernis der Fortbewegung des Mageninhaltes in den Darm, auf einen relativen oder absoluten Verschluß des Pylorus hin.

Merkwürdigerweise tritt in manchen Fällen (Heubner, Freund, Pfaundler u. a.) zu irgend einer Zeit, oft wenn die Kinder schon aufs äußerste heruntergekommen sind, vielleicht bedingt oder unterstützt durch die später zu besprechenden therapeutischen Maßnahmen — abgesehen von hier und da beobachteten Remissionen — ein Stillstand der Krankheit ein; das Erbrechen verliert sich zuweilen sehr schnell, die Kinder behalten wieder die aufgenommene Nahrung, erholen sich allmählich und können fernerhin sich ausgezeichnet entwickeln, ohne irgendwelche zurückbleibende Störungen (Heubner). Doch wird auch berichtet (Henschel), daß solche Kinder auch später einen schwachen Magen behielten, Brechneigung, Flatulenz und Aufstoßen zeigten.

Die Sektionsergebnisse (verdickter und kaum für Sonden durchgängiger Pylorus) wurden anfangs als angeborene Abnormitäten gedeutet, später, besonders nach den eingehenden Untersuchungen Pfaundlers, neigte die Mehrzahl der Autoren zur Ansicht, daß ein Krampf, ein funktioneller Befund vorliege.

Auch für die Frage der einzuschlagenden Therapie muß die Anschauung über die Natur des zu behandelnden Leidens natürlich von wesentlicher Bedeutung sein. Stellt man sich auf den Standpunkt derer, welche eine wesentlich anatomische Stenose annehmen, so wird man, abgesehen von Fällen, in denen die Stenose nur eine unbedeutende ist, in welchen man hoffen darf, durch Entlastung eines etwa akut durch eine Ueberfüllung oder eine dyspeptische Störung geschädigten Magens eine gestörte Kompensation wieder herzustellen, nur von einem chirurgischen Eingriff Heil erwarten können. Angenommen aber, die Verengerung sei Folge eines Spasmus, so hätte man Aussicht, durch eine zweckmäßige innere Behandlung und Ernährung das erkrankte Kind der Genesung zuzuführen. Es ist daher kein Zufall, wenn sich unter den Verteidigern einer lediglich internen Therapie, die einen chirurgischen Eingriff perhorreszieren, dieselben Männer finden, die wir als Vertreter der Anschauung von dem spastischen Ursprung der Pylorusstenose kennen gelernt haben.

Vf. teilt nun ausführlich drei selbst beobachtete Fälle mit, von denen einer heilte, zwei letal endeten. — (Volkmans Sammlung klin. Vorträge 368, 1904.)

Nrth.

f) Nervensystem.

Ueber den Babinski'schen Zehenreflex.

Von Dr. Denis G. Zesas in Berlin.

Reizt man durch Bestreichen die Planta pedis eines nervengesunden Menschen, während der Fuß selbst festgehalten wird, so erfolgt Plantarflexion der Zehen, bei stärkeren Reizen unter Umständen nachher Dorsalflexion. Nach Babinski findet sich bei anatomischen Läsionen der Pyramidenbahn an Stelle der normalerweise zuerst auftretenden Beugung eine Dorsalflexion der großen Zehe. Nach anderen Untersuchern kommt er bisweilen auch bei gesunden Menschen vor. Er findet sich ferner häufig bei jungen Kindern, ebenso bei gesunden Individuen im tiefen Schlafe, sowie in Chloroformnarkose. Es scheint also auch eine funktionelle Untätigkeit der cortico-fugalen Bahn zum Zustandekommen des Reflexes zu genügen. Der Reflex findet sich ferner bei Epileptikern und Hysterikern, sowie bisweilen bei Typhus- und Tuberkulosekranken. Vf. hat das Babinski'sche Zeichen bei einigen schweren Fällen von Littlescher Krankheit, die bekanntlich auf eine Läsion der Pyramidenstränge zurückgeführt wird, vermißt. Die physiologische Erklärung des Reflexes fehlt. Der reflexempfindlichste Ort der Fußsohle ist bei verschiedenen Patienten different; am häufigsten findet er sich in der Mitte des inneren Fußrandes. — (Med. Blätter, Nr. 25, 1904.)

Rosenthal.

Digitized by Google

Ein Fall von Tabes juvenilis, ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Crises gastriques und periodischer Gastroxynsis. Von Dr. A. Knapp. (Aus der psych. Klinik Göttingen.)

Ein 27jähriger Patient, der vor sechs Jahren Lues inquiriert hatte, leidet seit zwei Jahren an Anfällen von tagelangem Erbrechen großer Flüssigkeitsmengen. Außer lichtstarren Pupillen und hypästhetischen Zonen am Rumpfe zeigte er leichte Hyperazidität, sonst normale peptische und motorische Funktionen. Die Brechanfälle traten etwa monatlich auf, waren mit großen Schmerzen und Hinfälligkeit verbunden, dabei wurden große Mengen grünlicher Flüssigkeit entleert, die nur beim ersten Anfall sauer reagierte. Diese alkalische Reaktion des Erbrochenen während der meisten Anfälle, sowie das gleichzeitige Auftreten von Blasenkrisen mit den Schmerzanfällen sprechen gegen einen periodischen Magensaftfluß (Gastroxynsis) und für eine tabische Genese. Auffallend ist das frühe Auftreten der ersten tabischen Symptome, bereits vier Jahre nach der Infektion. Bei Anfällen, welche als Crises gastriques imponieren spricht das Fehlen freier Salzsäure für Tabes. — (D. Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 26, H. 3.) Rosenthal.

Hysterische Blindheit. Von Dr. Camill Hirsch.

Ein 13jähriger Knabe war zunächst am linken, dann am rechten Auge erblindet, bei vollkommen normalem äußeren und Fundusbefunde. Simulation konnte, als ganz unbegründet, ausgeschlossen werden. Nach 14tägiger Dauer trat spontane Besserung ein. Das Gesichtsfeld zeigte zunächst bitemporale Hemianopsie nebst großen Defekten der nasalen Hälften. Es vergrößerte sich in den nächsten Tagen zusehends; nach etwa drei Wochen war die Sehschärfe normal. Auch bei genauer Untersuchung fand sich keine weitere nervöse Störung, es handelte sich also um eine monosymptomatische Hysterie, die bei Kindern bekanntlich nicht so selten ist. Gestützt wird diese Diagnose durch eine der Erblindung vorausgegangene monokuläre Polyopie, ferner durch den Erfolg der rein psychischen Therapie. Der Ausgang in Heilung ist in diesen Fällen die Regel, das Sehvermögen kehrt gewöhnlich, im Gegensatze zu dem vorliegenden Falle, plötzlich wieder. — (Prager med. Wochenschr., Nr. 15, 1904.) Rosenthal.

Ueber einen besonderen Beugereflex der Zehen. Von Prof. v. Bechterew in Petersburg.

K. Mendel hat bei gesunden und pathologischen Individuen einen Reflex beschrieben, den der Autor als Tarsophalangealreflex in Fällen pathologisch-gesteigerter Reflexerregbarkeit schon 1901 beschrieben und demonstriert hat. Im Gegensatze zu Mendel konnte ihn Vf. in keinem einzigen Falle bei ganz Gesunden nachweisen, ebensowenig bei hysterischen Hemiplegien, dagegen fast konstant bei organischen Paralysen mit gesteigerter Reflexerregbarkeit. Das Wesen des Reflexes besteht in leichter Beugung der Zehen bei Beklopfung der dorsalen Fläche, der Tarsalknochen und der Basen der Metatarsalknochen. In prägnanten Fällen kommt es zugleich zur mehr oder weniger deutlichen Spreizung der Zehen infolge von Abduktion derselben. Neben dem Babinski'schen Reflexe kann der Beugereflex der Zehen als wichtiges diagnostisches Merkmal für organische Affektionen der Pyramidenbahnen angesehen werden. Er kann auch manchmal zum Nachweise der organischen Affektion der motorischen Leitung dienen in Fällen, wo der Babinski'sche Reflex fehlt oder undeutlich ausgeprägt erscheint. — (Neurol. Centralbl., Nr. 13, 1904.) Rosenthal.

Ergebnisse der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Von Dr. L. Merzbacher. (Aus der Freiburger psych. Klinik.)

Vf. hat bei 46 Individuen 50 Punktionen ausgeführt. Die Punktion geschah in Seitenlage nach der Quinque'schen Vorschrift, die Untersuchung auf Zellen nach der französischen Methode. Die bei der Punktion aufgefangene Flüssigkeit (4 bis

Digitized by Google

5 cm³) wurde durch 25 Minuten zentrifugiert, die überstehende Flüssigkeit abgegossen, das Sediment mit einer kapillaren Pipette aufgesogen und je 1 Tropfen auf sorgfältig gereinigte Objektträger gebracht, mit Alkohol fixiert und mit Methylenblau-Eosin gefärbt. Beimischung geringer Blutmengen zur Zerebrospinalflüssigkeit ist häufig nicht zu vermeiden; in diesem Falle müßte eventuell eine entsprechende Anzahl weißer Zellen in Abzug kommen. Eine Vermehrung der Lymphozyten fand Vf. in sämtlichen Fällen von Paralyse, normalen Befund bei funktionellen Psychosen, seniler Demenz und chronischem Alkoholismus. Unter 12 Epileptikern fand Vf. — im Widerspruch mit anderen Beobachtern — achtmal mäßige Lymphozytose. In der Zerebrospinalflüssigkeit wurden hauptsächlich Lymphozyten gefunden, seltener polynukleäre Zellen. Die Paralytiker zeigten fast ausnahmslos beträchtliche Vermehrung des Albumingehaltes. Bei Epileptikern wurde häufig frisches Blut beigemengt gefunden, was vielleicht auf starke Vaskularisation der Meningen zurückgeführt werden mag. — (Neurol. Centralbl., Nr. 12, 1904.) Rosenthal.

Zur myasthenischen Paralyse. Von H. Oppenheim in Berlin.

Ein 47jähriger Patient erkrankte nach einer Erkältung plötzlich an Doppeltsehen, ferner an dumpfem Kopfschmerz und leichtem Schwindel. Bei der Untersuchung fand sich Internuslähmung, ferner beiderseitige Ptosis, deren Intensität großen Schwankungen unterworfen war. Ließ man den Patienten nach oben blicken, so erwies sich der Levator palpebrae super. als ungewöhnlich leicht erschöpfbar. Nach dem Erwachen blieb Patient stets durch eine Stunde von seiner Lidlähmung und dem Doppeltsehen befreit. Die Diagnose wurde gestützt durch den Nachweis der myasthenischen Reaktion im linken Muscul. deltoideus. Sonst war der nervöse Befund vollkommen normal. Somatisch fand sich eine Entwicklungsanomalie (Verdoppelung) der rechten großen Zehe. Solche auf den Augenmuskelapparat sich beschränkende Formen der Myasthenie sind nicht so selten; sie führen gewöhnlich zur Verwechslung mit Lues cerebri oder Tabes. Sie unterscheiden sich von ihr durch den Nachweis der myasthenischen Reaktion, sowie den Mangel weiterer tabischer Symptome. Die Polydaktylie spricht für eine kongenitale Anlage der Erkrankung. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 29, 1904.) Rosenthal.

Ueber Tabes und Taboparalyse im Kindes- und Entwicklungsalter. Von Dozent Dr. Jarl Hagelstamm in Helsingfors.

Tabes und Taboparalyse können bereits in frühem Lebensalter auftreten, u. zw. die reine Tabes bedeutend seltener als die Paralyse. Fast immer handelt es sich dabei um hereditäre Syphilis als ätiologisches Moment. Vf. verfügt über 42 fremde und 3 eigene Fälle. Manchmal ist die Lues in den ersten Lebensjahren akquiriert. Auffallend häufig findet sich hereditäre Belastung. In den drei Fällen des Vf. war zweimal hereditäre Lues vorhanden, das drittemal konnte Lues nicht nachgewiesen werden. Die frühe Tabes geht im allgemeinen mit keinen anderen Symptomen einher, als die der späteren Jahre. Ataxie, sensible Störungen, sowie ausgeprägte lancinierende Schmerzen scheinen dabei in den Hintergrund zu treten, während Augensymptome, ferner Blasenbeschwerden häufig vorkommen. Der Verlauf scheint ein langwieriger zu sein. — (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., H. 3, 1904.) Rosenthal.

Zur Diagnose und Therapie der Tabes. Von Dr. E. Coester in Wiesbaden.

Die Diagnose der Tabes wird in einer großen Anzahl von Fällen zu spät gestellt. Hierauf sind auch die Mißerfolge der antiluetischen Therapie zurückzuführen. Zu den Frühsymptomen gehören lanzinierende Schmerzen, die für rheumatische gehalten werden, ferner Parästhesien in allen möglichen Nervengebieten, weiters fleckweise Hypästhesien und Hypalgesien. Sehr wichtig sind in dieser Hinsicht Differenzen zwischen beiden Seiten. Nach Sarbo

Digitized by Google

erlischt schon frühzeitig der Achillessehnenreflex. Hieher gehören ferner Erkrankungen im Trigeminusgebiete, Parästhesien, Neuralgien, Geschmacksstörungen, weiters trophische Störungen, wie das Ausfallen der Zähne. Auf Grund solcher Symptome läßt sich die Diagnose häufig schon zu einer Zeit stellen, wo die Patellarsehnenreflexe und die Pupillenreaktion normal sind. Wenn nun die Tabes in ihren ersten Anfängen antiluetisch behandelt wird, so sind auch die therapeutischen Erfolge viel besser. Vf. hat nach diesem Prinzip in einer großen Reihe von Fällen günstige Erfolge erzielt. Wenn auch zugrunde gegangene Nervenelemente nicht mehr restituiert werden können, so gelingt es doch häufig, dem Fortschreiten des Prozesses Einhalt zu tun. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28, 1904.) Rosenthal.

Entbindungslähmung beider Arme. Von Dozent Dr. Zappert.

Im Alter von 6 Monaten bestand schlaffe Lähmung beider Arme; dieselben waren so stark einwärts rotiert, daß die Palmarflächen der Hände nach außen sahen; keine Atrophien. Spontanbewegungen im Sinne von Hebung der Schulter, sowie Beugung des Ellbogens waren nicht ausführbar, Fingerbewegungen vollkommen frei. Reflexe fehlten an den Armen vollkommen. Bei einer späteren galvanischen Untersuchung zeigten der M. biceps sowie der untere Teil des Cucullaris prompte Zuckung, hingegen blieb der Deltoides unerregbar. Durch Massage und Faradisation besserte sich der Zustand so weit, daß jetzt nur noch eine Einwärtsrotation der Oberarme, sowie eine Einschränkung der Schultererhebung, namentlich rechts, besteht. Die Sensibilität war immer intakt. Die Diagnose einer beiderseitigen Entbindungslähmung ist durch die Anamnese sichergestellt, indem wir erfahren, daß das Kind nach Querlage durch Wendung entbunden wurde und gleich nach der Geburt die Lähmung beider Arme darbot.

Der Fall repräsentiert das typische Bild der oberen Entbindungslähmung, bei welcher die von der fünften Zervikalwurzel versorgten Muskeln, d. i. der Deltoides, Biceps, Brachialis internus, Intraspinatus und die Supinatoren gelähmt sind; wahrscheinlich waren im Beginn auch Muskeln der sechsten Zervikalwurzel betroffen. Die Prognose solcher Lähmungen ist nicht ungünstig. Die Beiderseitigkeit ist selten. — (Mitteil. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, Nr. 6, 1904.) Nrth.

g) Auge.

Augensymptome bei Influenza. Von Dr Bock.

Die mannigfaltigsten Augensymptome treten bei uns im Gefolge der Influenza auf und zwar am häufigsten in der Zeit von 3—14 Tagen nach dem Beginne der Influenza, so daß wir Augenkrankheiten unterscheiden können, welche den Höhepunkt der Influenza begleiten und solche, welche sich erst später anschließen. Die Ursachen der Influenza-Augenkrankheiten sind entweder Mikroorganismen oder die durch deren Stoffwechsel erzeugten Giftstoffe; in manchen Fällen haben wir es mit einem metastatischen Prozeß zu tun, in wieder anderen mit dem Folgezustand der durch die Influenza bedingten konstitutionellen Erkrankung (Retinitis haemorrhagica bei Vorhandensein von Albuminurie).

Sämtliche Teile des Auges und seiner Adnexe können erkranken.

An den Lidern wurden Hordeola, Chalacea, Abscessus palpebrae, Grauwerden der Wimpern beobachtet; am Tränenapparat kann es zu Dacryocystitis acuta und Dacryoadenitis acuta kommen. Auch Phlegmone retrobulbaris und Tenonitis, letztere ohne Eiterung und mit Eiterung und darauffolgender Zerstörung des Auges wurden beschrieben.

Nicht selten leidet der Muskelapparat des Auges; es treten auf: Lidkrampf, Schwäche, selbst Lähmung der Akkomodation, in seltenen Fällen Akkomodationskrampf, Lähmung der Augenmuskeln, besonders der recti externi. Sehr häufig sind die Neuralgien hauptsächlich im I. Aste des Trigeminus mit und ohne Herpes.

Die Bindehauterkrankungen sind entweder rein katarrhalischer, follikulärer oder auch phlyktenulärer Natur. Bei Kin-

Digitized by Google

dern wurden derartige Erkrankungen auch gesehen, wenn sie nicht selbst an Influenza litten, sondern nur mit Influenzakranken zusammenwohnten. Der Ausgang ist immer günstig; Hornhautgeschwüre selten.

Sehr häufig kommt es zu Hornhautaffektionen und kennzeichnet sich die Influenza keratitis durch besondere Schmerzhaftigkeit, schleppenden Verlauf und zumeist ungünstigen Ausgang aus. Es kommt zumeist zur Bläschenbildung auf der Hornhaut (Herpes corneae) und zu der daraus sich entwickelnden Keratitis dendritica. Der Herpes corneae ist namentlich bei gleichzeitigem Herpes frontalis, insbesondere bei älteren Leuten, sehr ernst aufzufassen, ja es wurden bei dieser Form Todesfälle unter schweren Hirnerscheinungen beobachtet.

Aber auch eitrige Keratitiden — Ulcus und Abscessus corneae — kommen vor, und zeichnen sich gerade die bei Influenza auftretenden eitrigen Keratitiden durch ihre verderbliche Neigung zu raschem Zerfall des Gewebes aus. Keratitis parenchymatosa und Keratitis punctata, fast immer einseitig, begleiten nur Erkrankungen der Uvea.

Die Uvea selbst erkrankt immer schwer sowohl bezüglich der Schmerzen und des Verlaufes als auch des Endausganges. Man beobachtet Hyperaemia iridis, Iritis serosa und plastica, Iridochorioiditis mit starker Trübung des Glaskörpers, schwere Panophthalmitis, und zwar entweder in vorher gesunden Augen oder aber auch in Augen, welche alte Narben der Hornhaut mit Einheilung der Regenbogenhaut hatten.

Mit gutem Erfolge ausgeführte und anfänglich gut verlaufende Kataraktaoperationen haben nicht selten durch hinzugetretene Influenza gefahrdrohende Veränderungen (Eiter in der Vorderkammer, Glaskörpertrübung) aufgewiesen. Die Fälle von akutem Glaukom im Gefolge von Influenza können als Kreislaufstörungen im Innern des Auges gedeutet werden auf Grund der bei Influenza zahlreichen nervösen Störungen im Bereiche des Auges.

Auffällig häufig sind die Erkrankungen des Sehnerven und der Netzhaut. Es kann nur ein Auge oder auch beide befallen sein. Es kommt zur Neuritis optica oder Neuritis retrobulbaris, beide gewöhnlich ad atrophiam nervi optici führend; in manchen Fällen hat sich das Sehvermögen im Laufe der Zeit wieder gebessert.

Auch plötzliche Amaurosen ohne sichtbare Veränderungen des Augenhintergrundes glücklicherweise mit Restitution des Sehvermögens sind im Gefolge von Influenza vorgekommen. Auch Embolia centralis retinae, Haemorrhagia retinae und Ablatio retinae sind beobachtet worden. — (Schwarz, Enzyklopädie d. Augenheilk., Lief. 10 ex 1904.) Dr. J ä n n e r.

h) Weibliches Genitale.

Ueber eine besondere Form nodulärer Adenome der Vulva. Von Dozent Dr. L. P i c k.

Die Grundlage der Beschreibung bilden zwei an der Frauenklinik Landau (Berlin) beobachtete Fälle dieser bisher nur einmal (von Schickele) beobachteten, resp. mitgeteilten Läsionsform: 1. Eine 40jährige Frau zeigte an den großen Labien singuläre, prominierende Knötchen von Erbsengröße, die Oberfläche glatt. 2. Betrifft eine 45jährige Frau mit einem gestielten, pilzförmig aufsitzenden Tumor am unteren Ende des rechten großen Labiums. Abtragung.

H i s t o l o g i s c h bestehen die Geschwülstchen aus wohlorganisierten Drüsenschläuchen, teils mit zystischen Aufweitungen der Tubuli. Sie stehen ihrem Baue nach mit der Epidermis in Zusammenhang und geben das getreue Spiegelbild der physiologischen Struktur der Schweißdrüsen. Die Benennung als (Cyst.) Adenoma tubulare hidradenoides vulvae trägt dem anatomsichen Baue Rechnung. (Arch. f. Gynäkol., Bd. 71, H. 2.) N.

Hysterische Tetanie im Wochenbette. Von C. C r i s t e a n u.

Vf. berichtet über eine 29jährige Frau, welche nach einer schweren Zangengeburt am 20. Tage des sonst normal verlaufenden Wochenbettes plötzlich schmerzhafte Kontraktionen der Masseteren bekam. Diese Anfälle dauerten bis zu 20 Minuten

Digitized by Google

und wiederholten sich 12—20mal in 24 Stunden. Sie kamen so unerwartet und waren so heftig, daß die Patientin sich zu wiederholtenmalen in die Zunge biß. Später wurde auch die Muskulatur der linken Halsseite und ganzen linken Körperhälfte von diesen Krämpfen befallen. Weiters gesellten sich hiezu Pharinx- und Glottiskrämpfe, die das Schlucken behinderten und Erstickungsanfälle verursachten. Ausgelöst wurden diese Anfälle durch Emotionen heiterer oder ernster Natur, kamen jedoch auch mitten im Schlafe während der Nacht. Bei der genauen Aufnahme des Nervenstatus fanden sich anästhetische und hyperästhetische Zonen. Sehstörungen wurden nicht konstatiert. Anfangs wurden zur Bekämpfung dieser Krämpfe große Dosen von Brom und Chloral verabreicht, jedoch ohne irgend welchen Erfolg. Später wurden warme Bäder appliziert und Ammonium valerianicum innerlich verabreicht. Nach 45tägiger Krankheitsdauer trat Genesung ein. — (Revista de Chirurgie, Nr. 3, 1902.)

Königstein.

Ein Fall von Gangrän der beiden unteren Extremitäten im Wochenbette. Von L. Mandl.

Vf. berichtet über eine kräftige, gesunde Frau, die spontan gebar, jedoch dabei einen kompletten Dammriß akquirierte. Im Anschluß daran bildete sich ein kleines puerperales Geschwür, welches am siebenten Wochenbettstage zu einer Thrombophlebitis des linken Beines führte. Am 11. Wochenbettstage gesellte sich eine solche des rechten Beines hinzu. Am 13. Tage nach der Entbindung zeigten sich auf beiden Beinen die ersten Zeichen der Gangrän, welche sich links auf große Zehe und Ferse beschränkte, rechts jedoch unaufhaltsam fortschreitet, so daß die Amputation bis zum unteren Drittel des rechten Oberschenkels vorgenommen werden mußte. Dabei erwiesen sich alle Gefäße, Arterien und Venen thrombosiert. Wegen Spitzfußstellung des linken Fußes mußte nach einem halben Jahre Achillotenioplastik gemacht werden. Vf. führt den Ursprung der Erkrankung nicht auf die Geburt zurück, sondern auf eine bereits während der Gravidität bestandene Venenthrombose. Die Arterienthrombose war das sekundäre. Der Fall bietet insoferne ein weiteres Interesse, als Vf. durch beleidigende Angriffe des Ehegatten genötigt war, gegen dieselben gerichtlich einzuschreiten und die Angelegenheit zu seinen Gunsten entschieden wurde. — (Wien. med. Wochenschr., Nr. 27 u. 28, 1901.

Königstein.

i) Haut.

Die X-Zellen des spitzen Kondyloms. Von P. G. Unna.

Bei seinen Studien über eine neue Darstellung der Epithelfasern fand Unna im spitzen Kondylom eigentümliche Zellen, die zunächst den Eindruck besonders gefärbter Leukozyten machten. Im näheren Eingehen auf die Sache zeigten sich zunächst Unterschiede in der Färbung des Protoplasmas, in der Größe, Form und Anordnung des Kernes, bezw. der Kerne, und endlich auch in der Größe der ganzen Zelle. Dagegen blieben noch als hervorragende Aehnlichkeiten bestehen: 1. die freie Lagerung in den interepithelialen Saftspalten und 2. die Vielgestaltigkeit der äußeren Form, welche sich nur gut durch Annahme amöboider Bewegung erklären läßt. Bezüglich der Leukozyten läßt sich leicht erweisen, daß sie sich in der Regel in herdförmigen Ansammlungen vorfinden, was wohl auch bei X-Zellen anzutreffen ist, daß aber die ersteren höher im Epithel aufsteigen, so daß es scheint, es gehe den X-Zellen dieses Vermögen ab, so daß man als Heimat der letzteren die basale, der Kutis zunächstliegende Stachelschicht ansprechen muß. Dabei ist hervorzuheben, daß sich diese eigentümlichen Zellen bei jedem einzelnen Falle von Kondylom vorfinden (untersucht wurden 31 Fälle), während das Vorkommen der Leukozyten absolut nicht konstant ist; vielmehr drängt sich bei Beobachtung der herdförmigen bis zu punktförmigen Abszessen sich steigernden Leukozytenansammlung die Annahme auf, daß der ganze Vorgang von äußeren Bedingungen, Entzündung der Umgebung, Behandlung etc. abhängig sei. Die häufig

Digitized by Google

vorkommenden, vereinzelten, spitzen, unter Umständen langen Ausläufer der X-Zellen fehlen den Leukozyten. Bei fortgesetzten Studien gelang es Unna, Uebergangsformen von den Stachelzellen zu den X-Zellen aufzufinden, es komme zu einer allmählichen Atrophie des Faserapparats, während gleichzeitig der Kern der Stachelzellen durch umfangreiche, kernkörperhaltige Massen ersetzt werde, d. h. eine „nukleoloide" Degeneration eingehe. Nichtsdestoweniger verhalten sich diese Zellen nicht etwa wie einfache absterbende oder abgestorbene Degenerationsprodukte der Stachelzellen, vielmehr besäßen sie die Fähigkeit der Wanderung in der Stachelzellenschicht. Darauf beruhe auch eine große Aehnlichkeit mit gewissen einzelligen Parasiten, welche den Autor veranlaßt hatten, sie ursprünglich als eigentümliche, bisher unbekannte Parasiten des spitzen Kondyloms zu demonstrieren. — (Monatsh. f. prakt. Dermat., XXXVIII, 1.) D.

Zwei Fälle von Erythema contagiosum. Demonstriert von Prof. Escherich.

Die Erkrankung tritt stets in epidemischer Form, zumeist im Gefolge von Masernepidemien, mit mehrjährigen Intervallen auf, am häufigsten bei Kindern im Alter von 4 bis 12 Jahren. Die Inkubationszeit beträgt 6 bis 14 Tage. Oefters gehen Unbehagen, Mattigkeit, Halsschmerzen als Prodrome voraus. Das Allgemeinbefinden bleibt während der Krankheit ungestört. Konstante Schleimhautveränderungen werden nicht bemerkt. Der Ausschlag beginnt im Gesicht mit intensiver Röte und Turgeszenz der Wangen, die sich rotlaufartig gegen die Nasolatialfalten scharf begrenzt und von der blassen Kinn- und Mundpartie deutlich abhebt. Seltener finden sich Flecke und Gyri. Außerdem finden sich auf der Stirne und um die Ohren einzelne bläulich-rote Flecke, die in noch weitaus größerer Zahl die Extremitäten befallen. An den Armen kommt es an den Streckseiten meist zur Konfluenz der Flecke, die an den Beugeseiten noch deutlich zu unterscheiden sind. An den unteren Extremitäten ist die Glutäalgegend am dichtesten von dem großfleckigen leicht papulösen Ausschlag bedeckt, der sich vorwiegend an der Beugeseite der Beine herab erstreckt. Der Stamm ist wenig betroffen. Das Exanthem ist durch 6 bis 10 Tage sichtbar. Es erblaßt zuerst im Gesicht und am Stamm, am längsten hält es sich auf den Extremitäten, wo die scharfen Konturen und die papulöse Beschaffenheit der Flecken allmählig verschwinden und einer verwaschenen landkartenartigen Zeichnung Platz machen. Die Krankheit wurde zuerst in Graz beobachtet und von Schülern Escherichs studiert. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 22, 1904.) Nrth.

Multiple Hautgangrän mit Syringomyelie. Von Dr. E. Heuß.

Eine Verletzung an der Radialseite der rechten Hand führte bei einem Kranken zur Entwicklung wallnußgroßer roter Flecke von der Handbeuge bis zum Ellbogen hinauf, die dann unter Brennen und Stechen in weißliche, wie verätzt aussehende Formen übergingen. Nach wenigen Tagen trockneten die zu schwarzen Schorfen gewordenen oder blasig abgehobenen Stellen ab, um nach ihrem Abfall granulierende Geschwürsflächen bloßzulegen. Gleichzeitig bestehende Schmerz- und Sensibilitätsstörungen führten zur Diagnose: „Syringomyelie". — (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte, 1. April 1904.) N.

Jododerma tuberosum mit dem histologischen Gefüge eines Epithelioms. Von D. W. Montgomery.

Einen in diese interessante Krankheitskategorie gehörenden Fall konnte Vf. der kalifornischen Akademie der Medizin demonstrieren. Der Patient, angeblich Luetiker, bekam im Anschluß an die ersten Lokalerscheinungen Jodkali in großen Dosen. Einige Zeit später trat universelle Akne auf. Im weiteren Verlaufe bildete sich über dem linken Augenbrauenbogen eine rötliche, krustenbedeckte, talergroße Geschwulst. Außerdem zeigten sich ulceröse, sowie bullöse Veränderungen am Stamm und den Extremitäten. In der exzidierten Geschwulst waren keine Kokzidien aufzufinden, der Rückgang

Digitized by Google

der Erscheinungen nach Einstellung der Medikation verifizierte den Befund als Jodgeschwulst. Vf. zweifelt die luetische Infektion an und führt alle Symptome auf die Jodbehandlung zurück, die umso eher zu toxischen Folgen führen konnte, als Patient mit Nephritis behaftet war und das inkorporierte Medikament nicht zu normaler Ausscheidung gelangte.

Das histologische Substrat wies in das Derma versenkte Epithelnester auf, mit atypischer Wucherung tiefreichender Oberhautzapfen kombiniert. Weitere Reflexionen streifen die differentialdiagnostischen Merkmale ulzeröser Joderuptionen und zerfallender Syphilide, wobei des Autors Literaturkenntnis glänzend zur Geltung gelangt. — (Californ. Acad. of. Med., Feb. 23, 1903.) N.

Zwei Fälle von Erythromelie (Pick). Von Dozent Dr. C. Grouveu.

Den von Pick auf der Naturforscherversammlung in Wien (1894) als Erythromelie definierten, zu regressiven Veränderungen führenden Symptomenkomplex hat G. in zwei Beobachtungen in typischer Ausprägung verfolgen können.

I. 58jähriger Bauer. Die Haut beider unteren Extremitäten in toto verändert, diffus lividrot verfärbt, mit stellenweise fleckenartigem Uebergang ins bräunliche. Allenthalben schimmert das gleichmäßig erweiterte Venennetz auffallend deutlich durch. Die Venen selbst fühlen sich weich, kaum palpabel an. Die Haut des untersten Drittels der Unterschenkel, sowie beider Fußrücken bis zum Dorsum der Zehenendphalangen zeigt mäßige, festhaftende, kleinlamellöse Schuppenauflagerung. Die Haut der Fußrücken stark gespannt, schwer verschieblich, zart, ziemlich hart, fast sklerodermieartig. Die Rötung an der Innenseite der Füße auch auf die Plantae übergreifend. Nach oben geht die erkrankte Hautpartie in unregelmäßigen Grenzen in Leisten- wie Glutealhöhe in normale Partien über. Ueber dem Kreuzbein und den Ellbogen ist die Docke in umschriebenen Herden analog verändert. An den Kniegelenken, Ellbogen und Kreuzbeingegend die rarefizierte, leicht faltbare Beschaffenheit am deutlichsten ausgeprägt. Krankheitsdauer $1^1/_2$ Jahre.

II. Ein 61jähriger Mann bietet seit zwei Jahren folgende Veränderungen: Am Dorsum des Handgelenkes unregelmäßig begrenzte, teils lividrote, teils gelbbräunlich fleckige, schuppende, rhombisch gefelderte, hochgradig atrophische, zigarettenpapierdünne Hautstellen. Außerdem diffusrote Partien über den Phalangen. Erweiterte Venennetze unter den befallenen Regionen.

Die histologische Untersuchung ergibt: Schwund des subkutanen Gewebes, Verminderung der Schweißdrüsenknäuel. Schwund der Papillen und Retezapfen, Vakuolenbildung in den basalen Retezellen, Stratum mucosum verdünnt (4 bis 5 Zellagen), Stratum granulosum und lucidum fehlend. Die Hornschicht verdickt. Die auffallendsten Veränderungen zeigt das Korium, dessen Kollagenbündel verdickt, plump, homogenisiert erscheinen, das elastische Gewebe reduziert, die Kapillargefäße erweitert, im subpapillaren Korium Zellenfiltration mäßigen Grades; Talgdrüsen, Haarfollikel fehlen.

Diese sich vielfach vollkommen mit den Zeichen der senilen Atrophie deckenden Gewebsveränderungen erzeugen nur in der stärkeren Akzentierung der Erscheinungen eine Abweichung.

Pathogenetisch möchte G. die von Huber geäußerte Idee festhalten, derzufolge der Ausgang der Atrophie in einem primären, unter Nerveneinfluß stehenden Gefäßprozeß zu suchen wäre. Diese Annahme eines trophoneurotischen Ursprungs der Erkrankung ist im übrigen bereits in der Anschauung Picks zur Vertretung gelangt. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 70, H. 2.) N.

Arbeiten aus dem dermatologischen Universitätsinstitut in Rom.

Angeregt durch des Meisters unermüdlichen Fleiß, sieht man die Schule Campana jährlich mit einer reichen Auswahl guter klinischer und experimenteller Leistungen in die Oeffentlichkeit treten. So sind denn auch den Mitteilun-

Digitized by Google

gen der Klinik für das Jahr 1903, nebst den Arbeiten des Leiters, ernst angelegte Studien seiner Mitarbeiter in stattlicher Zahl zu entnehmen.

Lanzi berichtet über Untersuchungen im Sklerom, die stets den Nachweis der Kapselbazillen im Nasenschleim gestatteten, jedoch niemals das Vordringen der Keime in die spezifisch alterierten Texturen histologisch darzutun vermochten. Sonach ist Vf. geneigt, die pathogene Eigenschaft der Bazillen anzuzweifeln, zumal deren saprophytäres Vorkommen bei Läsionen verschiedener Herkunft nichts zu seltenes ist. Eingehende morphologische Determinierungsversuche der Keimkolonien schließen die fleißige Arbeit ab.

In der ätiologischen Aufklärung des Xeroderma pigmentosum hat sich Bettolo versucht und glaubt auf dem Wege der Exklusion, der Wahrheit näher gerückt zu sein. In einem genau explorierten Falle waren keine spezifischen Schmarotzer nachzuweisen, auch keine tiefer reichenden Entzündungsphänomene. Wohl aber sprach alles dafür, daß die in der Oberhaut und dem Derma sich abspielenden Veränderungen dem Einflusse nervöser Störungen unterliegen. Die mitwirkende Nervenalteration soll bereits als kongenitaler Faktor die neurotrophische Epidermisläsion bedingen. Es ist das ein Standpunkt, den auch Campana vertritt und an gleicher Stelle neuerdings zur Diskussion stellt.

Um die klinische und histologische Beleuchtung jener entwicklungsgeschichtlich interessanten Krankheitsform, welche unter dem Namen des Recklinghausen'schen Neurofibroms figuriert, hat sich Lapponi verdient gemacht. In einem mit prämonitorischen miliaren Nervenfibromen der Haut einhergehenden Falle von idiopathischem multiplen Hautsarkom, konnte sich die Exploration nachträglich aufs Zentralnervensystem erstrecken. Im Rückenmark, in der grauen Substanz und in der Umgebung den Zentralkanals waren histologisch Degenerationsphänome festzustellen. (Nissl-Färbung.) Der Fall betraf einen kyphoskoliotischen 30jährigen Mann, der infolge eines Aortenaneurysmas starb. Das Integument war teils von miliaren (bei der histol. Untersuchung für Miliarfibrome erkannt) Knötchen, teils von bohnengroßen Elevationen eingenommen, welch letztere bei der Biopsie als Sarkome anzusprechen waren.

Pito bringt Belege für die Beweisführung, daß bei impetiginösem Ekzemen, die Gefahr der Sepsis, vorzüglich seitens der subkutanen Texturen droht. Von ähnlich veränderten Hautstellen aus greife die Infektion in die Tiefe, um zunächst in oberflächlich gelagerten Organen Eiterherde zu setzen und weiterhin erst den Gesamtkörper in Mitleidenschaft zu ziehen.

In Bestätigung seiner mit Vorliebe propagierten Meinung, daß eine vielumfassende Gruppe von Hautkrankheiten in neuropathischen Momenten ihre Ursachen habe, gelangt Campana in Gemeinschaft mit Condelli zu dem Ergebnisse, daß der Harn unter zentralen Einflüssen eine Verschiebung seines Chemismus zu erleiden vermag. So fand er eine vermehrte Phosphatausscheidung in dem Harne Kranker, die an neuropathischen Dermatosen litten.

Ueber Beziehungen der Alopecia areata zu dentalen Reizungen. Von Prof. Dr. Bettmann.

Jacquets „Theorie distrophique", derzufolge die Alopecia areata keine eigentliche Krankheit darstellt, sondern nur als eine Reaktionserscheinung, als ein sich verschiedenartigen Komplexen angliederndes Symptom aufzufassen ist, bot Vf. Anregung, 33 Fälle auf die Richtigkeit der Deduktionen des französischen Fachmannes zu prüfen. Es waren das 23 männliche und 10 weibliche Individuen, im Alter von 9 bis 40 Jahren. Regelmäßige oder gar gesetzmäßige Störungen der Sensibilität waren an den Alopezieherden nicht nachweisbar. Ebensowenig kann B. über vasomotorische oder sekretorische Anomalien berichten. Hingegen zeigte sich öfters die interessante und vom pathologischen Standpunkte aus gewiß beachtenswerte Koinzidenz

Digitized by Google

von Alopecia areata und Vitiligo. Die Voraussetzungen, wie sie Jacquet für das Zustandekommen der Alopecia areata verantwortlich machen möchte, haben sich in keinem der Fälle Bs. ergeben. Namentlich waren ausgesprochene „Zahnreizungen" (Trigeminusneuralgie, Druckpunkte, subaurikularer Schmerzpunkt, Subokzipitalpunkt, „Erythose"), von drei Fällen abgesehen, nicht aufzufinden.

Weiterhin fand Vf. eine weitgehende Inkongruenz zwischen den Prädilektionsstellen der Alopecia areata nach Jacquet und den Head'schen Zahnareolen des Integuments. Aus all diesen Momenten zieht Vf. den Schluß, daß die Jacquetsche Hypothese vorläufig immer noch zu einiger Reserve gemahnt, wenn auch dieser Erklärungsversuch für die trophoneurotische Natur der Area Celsi gewichtige Momente aufzubringen weiß. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 70, H. 1.) N.

k) Konstitutionskrankheiten.

Ueber diabetische Extremitätengangrän. Von Stabsarzt Dr. Hildebrandt.

Um zu entscheiden, ob die Veränderungen an den Gefäßen von Diabetikern spezifischer Natur sind, hat Vf. die Gefäße von sieben amputierten unteren Extremitäten histologisch untersucht und festgestellt, daß bei Diabetes sich angiosklerotische Veränderungen an den Arterien und Venen finden, die durch Wucherungen des Endothels und des Bindegewebes zur Verengerung des Lumens und zu behinderter Zirkulation führen. Bei hochgradigen Veränderungen kommt es zu vollständiger Stase und Gangrän, wenn sich nicht früher schon ein genügender Kollateralkreislauf entwickelt hat. Wenn an einer diabetischen Extremität sich infolge Invasion von Kokken eine Entzündung etabliert, kommt es sehr leicht zur Gangrän, da die entzündliche Infiltration die ohnedies verengten Venen leicht komprimiert und zur vollständigen Stase führt.

Dieses Stadium der Verengerung der Gefäße äußert sich häufig bei den Diabetikern in rheumatischen Schmerzen, kalten Füßen, leichten Schwellungen an den Knöcheln, rascher Ermüdbarkeit der Beine und ähnlichem. Bei diesen Patienten muß man, um der Gefahr einer Gangrän vorzubeugen, trachten, die Zirkulation in Gang zu bringen und die Bildung eines Kollateralkreislaufes zu begünstigen. Am besten eignet sich dafür eine vorsichtige Massage der Beine, weiters kühle Uebergießungen der Beine, mäßige Bewegung im Freien mit Vermeidung jeder Ueberanstrengung; Genuß von Tabak, Alkohol, starkem schwarzen Kaffee ist zu untersagen. Die Patienten müssen in schonender Weise darauf aufmerksam gemacht werden, welcher Gefahr sie entgegengehen, wenn bei ihnen eine Infektion erfolgt. Sie sollen daher zur Vorsicht beim Hühneraugenschneiden gemahnt werden, sie sollen kein enges Schuhwerk tragen u. s. w.

Wenn die Gangrän bereits entwickelt ist, muß man trachten, den Verlauf derselben aseptisch zu gestalten: die Blasen und nekrotische Haut sollen abgetragen werden; es empfehlen sich nur trockene, gut aufsaugende, austrocknende Verbände; eine gleichzeitige antidiabetische Behandlung wirkt auf den Verlauf ebenfalls günstig. Bei dauerndem Fieber und progredierter Gangrän muß die Amputation der Extremität vorgenommen werden. Aseptisches Operieren, Vermeidung der Esmarch'schen Blutleere und der Schleich'schen Anästhesie sind geeignet, den Verlauf günstig zu gestalten. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 72, H. 4.) E.

Ueber die differenzielle Diagnose der gichtischen Tophi der Ohrmuschel. Von W. Ebstein in Göttingen.

Ueber das Titelthema ist bis jetzt wenig bekannt geworden. In der Regel zählt man die Diagnose eines Tophus arthriticus der Ohrmuschel zu den Momentdiagnosen, ohne erst die Hilfe eines Mikroskops in Anspruch zu nehmen; man verzichtet sogar meistens darauf, einen solchen Tophus anzustechen, um nach dem typischen Uratbrei zu zu suchen. Vf. hatte Gelegenheit, Veränderungen der äußeren Ohrmuschel zu sehen, die eine gewisse Aehnlichkeit mit

Digitized by Google

Gichtknoten haben und besonders leicht für Symptome wahrer Gicht gehalten werden können, wenn ihre Träger an Arthritis urica leiden. Aus diesen Ohrveränderungen, die im Knorpel selbst gelegen sind, kann man kein harnsäurehaltiges Material entfernen. An der Hand von Krankengeschichten berichtet Vf. über drei Fälle ausführlicher und faßt die für die Differenzialdiagnose verwertbaren Symptome folgendermaßen zusammen: Es kommen bei Rheumatikern, erblich gichtisch Belasteten und bei Individuen, welche an typischer uratischer Gicht leiden, gelegentlich Knötchenbildungen an den Ohren vor, welche den sonst an denselben bei der Gicht häufig vorkommenden gichtischen Veränderungen nicht entsprechen, denn sie sind nicht wie die gewöhnlichen Tophi der Ohrmuscheln in der Haut selbst oder im Unterhautzellgewebe eingelagert, sondern liegen im Ohrknorpel selbst. Diese Knötchen enthalten kein uratisches Material. Sie scheinen überhaupt im wesentlichen von fester Beschaffenheit zu sein und von der Konsistenz des Ohrknorpels nicht abzuweichen.

Keineswegs soll man die Diagnose der gichtigen Natur von kleinen Geschwülstchen an der Ohrmuschel als gesichert ansehen, so lange nicht der Nachweis geliefert ist, daß sie einen uratischen Inhalt haben. — (Zeitschr. f. klin. Med. 1904.) F. L.

l) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Zur Diagnose des Typhus abdominalis.

Von Dr. Rolly.

In 44 von 50 Fällen gelang Vf. die Kultur der Typhusbazillen aus dem durch Venenpunktion entnommenen Blute. Die Anzahl der aufgegangenen Kolonien schwankt in weiten Grenzen (1—480 auf 20 cm^3 Blut). Im Anfang und auf der Höhe der Krankheit sind die Bazillen mehr und regelmäßiger vorhanden. In der fieberfreien Zeit direkt nach der Entfieberung gelang der Nachweis nie mehr. Aus der Anzahl der vorhandenen Bazillen läßt sich kein Schluß auf die Schwere der Erkrankung ziehen. Der Bazillennachweis gelingt stets schon in den ersten Tagen der Erkrankung, wo die Agglutination und die meisten klinischen Symptome noch im Stiche lassen. Durch Mischen der entnommenen Blutprobe mit dem gleichen Volum einer sterilen Pepton-Traubenzuckerlösung läßt sich das Blut länger als einen Tag flüssig erhalten, ohne daß die Bazillen durch die bakteriziden Kräfte des Serums abgetötet werden. Es ist dadurch möglich, auch ohne die Behelfe eines Krankenhauses, die bakterielle Untersuchung in der Privatpraxis durch Ueberweisung des Blutgemisches an ein Laboratorium ausführbar zu machen.

Um die Agglutinationsprobe ohne bakteriologisches Laboratorium zur Erzeugung lebender Typhuskulturen möglich zu machen, schlug Vf. folgenden Weg ein: Vorbedingung war, eine Typhuskultur so abzutöten, daß die Bazillen dadurch weder gelöst noch agglutiniert würden und in einer Flüssigkeit von gleichem spezifischen Gewichte wie sie selbst schwebend erhalten würden. Dies gelingt leicht durch Versetzen einer Typhus-Bouillonkultur mit Toluol im Ueberschuß (näheres siehe Original). Die Haltbarkeit und Gebrauchsfähigkeit einer so behandelten Kultur ist eine sehr große. Die Agglutination durch Typhusserum tritt in dieser Flüssigkeit bei denselben Verdünnungen ein, wie in der lebenden Typhuskultur, in der Regel aber um $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde später, und ist sowohl mikro- als makroskopisch zu verfolgen. Da die mikroskopische Beobachtung der Agglutination ein um vieles feineres Verfahren ist als die makroskopische Betrachtung, ist die abgetötete Typhuskultur ein viel präziseres Reagens als das Ficker'sche Typhusdiagnostikum, welches die erstere Untersuchungsart nicht gestattet.

Es kann also künftig die Gruber-Widal'sche Reaktion sehr einfach vorgenommen werden. Man hat nur ein Tropffläschchen mit toter Typhuskultur vorrätig zu haben, aus welchem die zu den gewünschten Verdünnungen notwendigen Tropfenzahlen in kleine Röhrchen ge-

Digitized by Google

träufelt werden, wozu dann 2—3 Tropfen des zu prüfenden Serums zugesetzt werden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24, 1904.) E. S.

Ein Fall von Trypanosomenkrankheit beim Menschen. Von Dr. Günther und Dr. Weber.

23jähriger Mann 1898 nach Deutsch-Südostafrika übersiedelt. Daselbst wiederholte angebliche Malariaanfälle, die mit Chinin behandelt wurden. 1900 nach Rückkehr nach Deutschland wieder schwerer Anfall mit Hämoglobinurie. Nach der Wiederherstellung Rückreise nach Afrika, wo er bis 1902 sich wohl befand. In seinem damaligen Aufenthaltsorte wurde er wiederholt von gescheckten Mosquitos mit schwarz geringelten Beinen gestochen. März 1902 plötzlich schwerer Fieberanfall von fünf- bis siebentägiger Dauer, dem eine schmerzhafte Anschwellung der rechten Gesichtsseite vorhergegangen war (Stich?). Bald darauf bläuliches Oedem der Unterschenkel und rotfleckige, umschriebene, nicht juckende Ausschläge an Stamm und Extremitäten. Große Mattigkeit. Wiederholte zwei- bis dreitägige Fieberattacken bis 39, doch ohne Schüttelfrost und ohne Schweißstadium. Februar 1903 starke schmerzhafte Anschwellungen am rechten Malleolus, die sich wiederholten. Dezember 1903 wegen neuerlichem Fieber und Milztumor Rückkehr nach Europa. Die Schwellungen und Schmerzen am rechten Unterschenkel wiederholten sich in heftigster Weise während der Ueberfahrt; zu dieser Zeit entstand auch unter heftigen Kopfschmerzen und einem eigenartigen Ausschlag am Hinterkopfe eine linksseitige Gesichtslähmung, welche Erscheinungen unter Arseninjektionen in zwei Wochen schwanden. Bei der Aufnahme in das Hamburger Tropenspital: Puls 100, Temperatur 37·5, Gesicht etwas gerötet, auf der rechten Wange eine zweimarkstückgroße dunkelrote, nicht juckende Stelle, um die, durch eine anämische Zone getrennt, ein schmaler dunkelroter Streifen zieht. Aehnliche solche bis handtellergroße Flecken an verschiedenen Stellen des übrigen Körpers. Der rechte Unterschenkel in den unteren zwei Dritteln diffus gerötet und geschwellt mit einer Suffusion an der Wade. Die Schwellung prall, wenig eindrückbar, druckempfindlich. Lymphdrüsen etwas vergrößert. Leber und Milz palpabel. Blut etwas hämoglobinarm, deutliche relative Lymphozytose. Vereinzelte, jedoch ganz zweifellose Trypanosomen, keine Malariaparasiten. In der nächsten Zeit fieberfrei und Wohlbefinden, nach 8 Tagen plötzlicher Temperaturumschlag bis 39·7, Milz stark vergrößert, im Blute ziemlich zahlreiche Trypanosomen. Das Fieber schwand nach drei Tagen. Darauf wieder Wohlbefinden. Patient verläßt die Beobachtung.

Man findet also in dieser bis jetzt zehnten bekannt gewordenen Beobachtung die bei den früheren Fällen beobachteten Merkmale wieder. Diese sind: chronischer Verlauf, immer wiederkehrende unregelmäßige Fieberanfälle, allgemeine Kräfteabnahme und Verminderung des Blutfarbstoffes, örtliche Oedeme flüchtiger Art, eine eigenartige Hautaffektion, Milz- und Leberschwellung (in den Anfällen akut zunehmend), Pulsbeschleunigung.

Auch in diesem Falle treffen Fieber und Anwesenheit der Trypanosomen im peripheren Blute zusammen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24, 1904.) E. S.

Neue Arzneimittel.

Radix Orizabae. Die seit einiger Zeit im Handel befindliche Radix Orizabae, auch Radix Scammoniae mexicanae genannt, stammt von der Convolvulacea Ipomoea orizabensis, einer in Mexiko einheimischen Pflanze. Die Wurzel enthält ein dem Skammonium ähnliches Harz, und zwar nach den Untersuchungen von G. Weigel durchschnittlich 17—18%. Geringere Sorten enthalten nur 6—7%. In therapeutischer Hinsicht dürfte das Harz der Orizabawurzel dem Skammoniumharz in

Digitized by Google

seiner abführenden Wirkung gleichkommen.

Chininum salicylicum. $C_{20}H_{24}NO.C_7H_6O_3$ H_2O. Weiße Kristalle, die sich in 20 Teilen Alkohol und 230 Teilen Wasser lösen. Das Chininsalizylat verwendet man bei akutem Rheumatismus in Dosen von 0·3 g, dreimal des Tages in Oblaten; ferner bei Influenza, Pneumonie, neuralgischen Schmerzen, Typhus abdominalis, Chlorose und Diphtherie.

Folia Cecropiae obtusae. Die physiologische Wirkung der Blätter von Cecropia obtusa, einer exotischen Pflanze, haben A. Gilbert und P. Carnot untersucht. Die Cecropia peltata (Kanonenbaum) ist in Westindien und Südamerika zu Hause und gehört in die Familie der Moraceen. Sie enthält nach Combs das Alkaloid Cewleyn. Die Autoren benützten ein aus zwei Teilen frischer Blätter und einem Teil Alkohol bereitetes Extrakt, das nur eine schwach toxische Wirkung besitzt und deshalb in großen Dosen ohne Schaden gegeben werden kann, wobei es sich als ein recht brauchbares Kardiotonikum und Diuretikum erwies, das analog der Digitalis kumulative Wirkung besitzt. Es wurde bei Asystolie 4—5 Tage lang in Dosen von 30 Tropfen pro die gegeben, wobei sich vom dritten Tage ab die Diurese bedeutend steigerte, die Dyspnoe abnahm und regelmäßiger Puls eintrat. Es kommt sonach die Cecropia in ihrer Wirkung der Digitalis ungefähr gleich, hat letzterer gegenüber aber den Vorzug geringerer Giftigkeit.

Acetozone. Benzoyl - Azetyl - Peroxyd. Ein äußerst wirksames, nicht toxisches, keimtötendes Antiseptikum. Die desinfizierende Wirkung ist wenigstens 30mal größer als die der 1‰igen Sublimatlösung und die gesättigte wässerige Lösung kann in sehr großen Mengen ohne unangenehme Folgen verabreicht werden. Um Zersetzung zu vermeiden, muß es an trockenem, dunklem, kühlem Orte aufbewahrt werden und darf mit organischen Substanzen nicht in Berührung kommen. Zur Herstellung der gesättigten wässerigen Lösung nimmt man 1·5 g des Pulvers in $1^1/_8$ l Aq. dest. Die Mischung wird aufgerüttelt. Man erhält eine trübe Lösung und es genügt, die obere klare Flüssigkeit zu dekantieren; nur bei Anwendung als Spray, Irrigation oder subkutane Injektion soll sie filtriert werden. Die wässerige Lösung soll nicht älter als 24 Stunden sein. Intern auch in Kapseln zu 0·2—0·3 g täglich dreimal anzuwenden, gemengt mit Lycopodium, Pulv. liquirit., Sacch. lactis. Aeußerlich als Streupulver 1:100—500 Acid. boricum oder Talcum; als Salbe 1:100—1000 Paraffin. etc. Bewährt als Darmdesinfiziens bei typhösem Fieber, bei tuberkulöser Infektion des Darmes, Dysenterie, Tonsillitis, Pharyngitis, Ozaena, Gonorrhöe, zu Vaginalirrigationen, bei Puerperalfieber etc. und überall, wo die Lösung mit den erkrankten Partien in Berührung kommen kann.

Filmaron (Filmaronsäure). $C_{47}H_{54}O_{16}$ das wirksame Prinzip des Rhizomes von Aspidium. Genannter Stoff ist nach Angabe seines Entdeckers F. Kraft etwa zu 5% in einem guten Filixextrakt enthalten und wird daraus nach einem besonderen Verfahren dargestellt. Es bildet ein hellbräunlich-gelbes Pulver, das unlöslich in Wasser, schwer löslich in kaltem Methyl- und Aethylalkohol und Petroläther ist, äußerst leicht sich dagegen in den übrigen, gebräuchlichen Lösungsmitteln löst. Von den bereits bekannten, aus der Filixwurzel isolierten Stoffen, dem Aspidinol, den Filixnigrinen, der Flavaspidsäure, der Filixsäure und dem Aspidin unterscheidet es sich dadurch, daß es sich in warmem Petroläther und in gleichen Teilen Schwefelkohlenstoff, Essigäther oder Aether in der Kälte löst und sich aus den letztgenannten Solventien auch nach längerem Stehen nicht krystallinisch abscheidet. Diese Eigenschaft kann zur Prüfung des Filmarons auf Reinheit benützt werden. Die wurmtreibende Wirkung des neuen Mittels wurde durch die Untersuchungen Jaquets festgestellt, der es bei zirka 30 Kranken, worunter Kinder bis zu 7 Jahren herunter, ausnahmslos mit Erfolg anwendete. Bei Dosen von 0·5—0·7 g, die sich als genügend erwiesen, konnte keine beschwerliche Nebenwirkung beobachtet werden. Auch Nagel hat bei Ankylostomiasis mit Filmaron gute Erfolge erzielt, das er

Digitized by Google

in folgender Weise ordinierte: Filmaron 0·7, Chloroform 1·5, Ol. ricini 20·0 oder: Filmaron 0·7, Thymol 5·0, Chloroform 1·5, Ol. ricini 20·0. Als Laxans wurde Kalomel oder Purgatin angewendet. Der Autor konnte in neun Fällen Heilung erzielen, in denen Filixextrakt und Thymol ohne Erfolg geblieben waren.

Bücher-Anzeigen.*)

Die Arzneimittel der heutigen Medizin mit therapeutischen Notizen. Von Dr. Otto Dornblüth. IX. Auflage. Würzburg. A. Stubers Verlag.

Das in bequemen Notizbuchformat vorliegende Büchlein ist die Fortsetzung, resp. Neuauflage des in Aerztekreisen beliebten Roth-Schmitt'schen Buches und den früheren Auflagen gegenüber als eigene Arbeit des Vfs. zu bezeichnen, da die rastlos fortschreitende Entwicklung der Arzneimittellehre eine völlige Umarbeitung und zahlreiche Neuerungen erforderte. Das Buch ist ein recht praktischer, vollständiger und moderner Ratgeber für den praktischen Arzt und wird sich, da Vf. es nicht verschmäht hat, eine Reihe von Winken zur Ersparnis bei der Arzneiverordnung, Anleitung zur Hydrotherapie, Angaben über die Dosierung verschiedener Arzneimittel bei Kindern, über die gebräuchlichsten Mittel zur subkutanen Injektion etc. zu geben, bald dieselben Sympathien erwerben, welcher sich das Roth-Schmitt'sche Buch erfreuen konnte. F. L.

Die Therapie der Magen-, Darm- und Konstitutionskrankheiten. Ein Leitfaden für Studierende und Aerzte. Von Dr. Gaston Graul, ehem. Assistent von Prof. v. Leube. Würzburg 1904. A. Stubers Verlag. IX und 235 Seiten. Preis 3.60 Mark.

Nachdem Vf. vor kurzem in seiner im gleichen Verlag erschienenen kleinen Schrift über die „Einführung in das Wesen der Magen-, Darm- und Konstitutionskrankheiten" lediglich die Grundzüge der Therapie angegeben hat, wie sie sich aus der Pathogenese und dem pathologischen Bild der Krankheiten ableiten lassen, gibt er im vorliegenden Werkchen eine eingehendere Darstellung, so daß dieses als der zweite Teil der „Einführung" dienen soll. Das Hauptgewicht ist auf die therapeutische Erfüllung der Indicatio causalis et morbi gelegt und mit Nachdruck auf die innige Abhängigkeit der Therapie von Pathologie und Physiologie hingewiesen worden. Gerade diese Hinweise — ein schätzenswertes Charakteristikum der Leube'schen Schule — bilden den Hauptwert des anspruchslosen Buches und geben dem Praktiker manche Anregung. Auf gedrängtem Raume werden die Grundlagen der Therapie entwickelt. Eine klare Einsicht hierin ist neben der richtigen Diagnose die Erfolg versprechende Basis jeder rationellen Therapie. Recht gut sind die physiologischen und pathologischen Vorbemerkungen zur Ernährungstherapie, in denen Vf. sich in prägnanter Weise über einige für die Therapie besonders wichtige und die sogenannten künstlichen Nahrungsmittel äußert. Weitere Kapitel behandeln die Technik der Ernährung und die künstliche Ernährung, wobei die Rektalernährung, ihrer enormen Wichtigkeit entsprechend, einen größeren Raum einnimmt. Auch die physikalischen Prozeduren kommen in den Erörterungen zu ihrem Rechte.

Im speziellen Teile bringt Vf. in übersichtlicher Anordnung die Therapie der wichtigsten Verdauungskrankheiten, wobei allerdings die Besprechung der Darmaffektionen etwas kurz ausgefallen ist, um mit der Therapie des Diabetes mellitus, der Adipositas und der Arthritis urica seine Ausführungen zu beschließen.

Die Anschaffung des Buches kann in Anbetracht seines gediegenen Inhaltes und billigen Preises dem Praktiker aufs wärmste empfohlen werden. F. L.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Gastrische und intestinale Krisen.

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald.**

Bekanntlich sind gastrische Krisen nur sehr selten als Zeichen einer primären Magenaffektion aufzufassen, vielmehr Symptome (Reflexerscheinungen) anderer organischer Erkrankungen.

Sie wurden zuerst von W. Gull [1]) im Jahre 1856 beschrieben, aber so wenig beachtet und gewürdigt, daß v. Leyden sieben Jahre später in seinem bekannten Werke über Nervenkrankheiten nur drei Fälle zitieren konnte, darunter nur einen einzigen aus eigener Beobachtung. Erst die Charcot'sche Schule ließ das wichtige Krankheitsbild zu seinem Rechte kommen und eine im Jahre 1868 aus der Salpetrière erschienene Arbeit von P. Dubois [2]) gab den Anstoß zu zahlreichen anderen Veröffentlichungen.

Gleichwohl scheint mir das Krankheitsbild noch nicht ganz die Klärung gefunden zu haben, die ihm zukommt, und da ich in den letzten Jahren Gelegenheit hatte, besonders zahlreiche Erfahrungen darüber zu sammeln, so erlaube ich mir, dieselben im folgenden mitzuteilen. Ich beschränke mich auf diejenigen krisenartigen Anfälle, denen bestimmte Läsionen oder Funktionsstörungen des Zentralnervensystems zugrunde liegen und lasse die durch Nieren- oder Gallensteine, Wanderniere, Intoxikationen, Parasiten, gynäkologische Affektionen bedingten Anfälle bei Seite.

Die im Gefolge der Sklerose der Hinterstränge des Rückenmarks (Tabes dorsalis) auftretenden Krisen sind bei weitem am wichtigsten und es beanspruchen hier jene unser Hauptinteresse, welche im Frühstadium dieser Spinalaffektion auftreten zu einer Zeit, wo die klassischen Zeichen der Tabes noch fehlen und nur einige der sogenannten präataktischen Symptome vorhanden sind, die recht zweifelhaften Wert haben und leicht übersehen werden können.

Einleitend will ich bemerken, daß die Frühsymptome der Tabes, teils einzeln, teils mehrfach, sich in allen Fällen konstatieren ließen, die in meiner Beobachtung standen: Es sind dies:

1. Von Seiten des Sehorgans: Pupillenstarre, Augenmuskellähmung und Optikusatrophie. Auf die Pupillendifferenz lege ich geringeren Wert, da sich dieses Symptom oft auch auf anderer Basis entwickelt und selbst bei ganz gesunden Individuen vorkommt. Schaumann [3]) hat vor einiger Zeit darauf aufmerksam gemacht, daß die Pupillendifferenz als spezifisches Symptom von recht untergeordneter Bedeutung ist. Dagegen legt L. Mann [4]) der Pupillenstarre einen großen Wert bei, denn er konnte sie häufiger als das Fehlen der Patellarreflexe konstatieren; wir dürfen aber nicht vergessen, daß das erstere Symptom auch auf multipler Sklerose, Gehirnsyphilis, Gehirntumoren, progressiver Paralyse, nach Gudden auch auf Neuritis alcoholica beruhen kann. Es ist deshalb verfehlt, auf ein einzelnes dieser oder der später anzuführenden Symptome hin die Diagnose zu stellen, die erst durch mindestens zwei objektive Tabessymptome gesichert ist. Da die Verhältnisse auch beim Konvergenz- und Lidschlußreflex nicht anders liegen, darf nicht außer acht gelassen werden, daß die Paralyse der äußeren Augenmuskeln, welche entweder nur einen oder mehrere Muskeln befällt, oft im Anfangsstadium der Erkrankung fehlt. Nur in etwa 15% der Fälle besteht nach einer von Uthoff veröffentlichten Statistik Op-

Digitized by Google

tikusatrophie; sie kann das einzige objektive Symptom sein und plötzlich auftreten.

2. Das Westphal'sche Symptom ist von großer Bedeutung, obwohl wir es auch bei nicht tabischer Erkrankung finden können. Einer meiner Fälle zeichnete sich besonders dadurch aus, daß „der Westphal" nach seinem ersten Auftreten wieder verschwand, um erst im Spätstadium der Erkrankung sich wieder einzustellen.

3. Sensibilitätsstörungen der unteren Extremitäten, gelegentlich auch des Stammes, fehlen selten. In manchen Fällen sind Parästhesien der hinteren Rachenwand und der Analschleimhaut die ersten Zeichen von Sensibilitätsstörungen, die so früh auftreten können, daß sie den sogenannten Gürtelgefühlen, Koordinationsstörungen und lanzinierenden Schmerzen lange Zeit vorausgehen.

Was die Zahl der von mir beobachteten Fälle typischer gastrischer Krisen tabischer Natur betrifft, so beträgt dieselbe für die letzten zehn Jahre 89, davon auf der inneren Abteilung des Augustahospitals 40, in der zugehörigen Poliklinik 34, in meiner Privatpraxis 15. Da ich leider nicht von allen genaue Krankengeschichten habe, beschränke ich mich auf die Analyse von 50 genau beobachteten und registrierten Fällen.

Um mich gleich über die ebenso alte wie aktuelle Frage der Beziehung zur Syphilis zu äußern, so wurde eine Infektion zugegeben in 16 von 26 Fällen, verneint in 7 Fällen, offen gelassen in 3 Fällen. Es hatten sich also 62% der an gastrischen Krisen Leidenden syphilitisch infiziert, ein Prozentsatz, wie er auch ungefähr von anderen Autoren in Arbeiten über den Zusammenhang beider Affektionen angegeben wurde.

Die Krankheitsdauer ist sehr verschieden und beträgt im Durchschnitt 2 Jahre 10 Monate. Einzelne Fälle meiner Beobachtung dauerten 10 Jahre; die kürzeste Beoachtungsdauer betrug 2 Monate.

Die Attacken kehren in immer kürzeren Intervallen wieder; sie können anfänglich $1^1/_2$ Jahre auseinanderliegen, später nur 1 Jahr, $^1/_2$ Jahr, 3 Monate, 6 Wochen, endlich 14 Tage; schließlich kommen sie alle paar Tage. Ebenso schwankt die Dauer der einzelnen Attacke von $^1/_2$ Stunde bis zu 24 Stunden und selbst 48 Stunden. Gelegentlich handelt es sich um gehäufte Attacken, so daß die ganze Krise 2—3 Wochen währt. Der Verlauf der einzelnen Attacke ist nicht weniger inkonstant; gewöhnlich treten zuerst Krämpfe im Epigastrium und in der Magengrube auf, im Anfang mit leichter Nausea, später mit meist sehr heftigem und außerordentlich schmerzhaftem Erbrechen, zunächst von Speise-Brei und Resten, bald jedoch von reinem Schleim und Galle, nicht selten mit kleinen Blutextravasaten vermischt. Reines Bluterbrechen — Charkots schwarzes Erbrechen — ist selten; ich habe es nur viermal beobachtet, zweimal mit gleichzeitiger Meläna. Nicht ohne Interesse ist die Angabe, die ich mehrmals zu hören bekam, es wäre mehr erbrochen worden, als das aufgenommene Nahrungsquantum betrug.

Gewöhnlich treten die Attacken blitzartig auf, um ebenso schnell wieder zu verschwinden, so daß Leute, die sich eben vor Schmerzen winden, wenige Minuten später ganz beschwerdefrei im Bett sitzen und sich ihr Essen schmecken lassen. Bei Fällen von langsamem und allmählichem Beginn wird häufig über stets heftiger werdende und langsam verschwindende Uebelkeit und Erbrechen bei leerem Magen geklagt. Ich habe auch eine Art von Aura beobachtet, die mit Brust- und Rückenschmerzen, Konstriktions- und Depressionsgefühl einherging. Die Schmerzen sind in der Regel heftig und fast unerträglich, fehlten indes in zwei meiner Fälle gänzlich, in denen die Attacken stets nur von Schwindel und Erbrechen begleitet waren. Der Stupor, den ich in einem Falle beobachten konnte, glich dem bei tiefem Koma. Es bestand hier gleichzeitig eine ausgesprochene Gastrektasie mit charakteristischen Beschwerden in den anfallfreien Intervallen.

Die Art der Anfälle ist sehr wechselnd und ändert sich nicht selten bei ein und demselben Individuum; man kann z. B. allmähliches Nachlassen der Intensität

Digitized by Google

wahrnehmen, so daß gelegentlich nur leichtes Krankheitsgefühl und Uebelkeit sich einstellen, wo es sich früher um typische Attacken handelte.

Es ist erstaunlich, wie lange solche Krisen dem Auftreten ernster tabischer Symptome vorausgehen können. Einer meiner Fälle hatte während einer Beobachtungszeit von fünf Jahren fünf Anfälle, in einem anderen Falle zogen sie sich über zehn Jahre hin. In solchen Fällen handelt es sich meist um einen schleichenden, tückischen Verlauf der Krankheit.

Mit dem Einsetzen typischer Tabessymptome verlieren die Attacken gewöhnlich an Intensität; doch verfüge ich auch über eine Anzahl von Fällen, in denen sie immer schwerer wurden bis zum Auftreten ataktischer Symptome und anderer schwerer Komplikationen.

Die Sekretionsverhältnisse des Magens sind in nicht komplizierten Fällen nur durch vorübergehende Störungen alteriert und es fehlen meist schwere und dauernde funktionelle oder anatomische Störungen. Daß die Anschauung, wonach es sich um eine Steigerung der Sekretion, besonders von H Cl, handle, nicht aufrecht erhalten werden kann, geht aus einer Reihe von Beobachtungen der H Cl-Sekretion hervor, die ich an 37 Fällen angestellt habe. In diesen Fällen war neunmal Hyperazidität, neunmal normale Azidität, 19mal Hypazidität nachweisbar. Es überwiegen also weitaus die Fälle mit Hypazidität. Während der Attacken konnte ich, abgesehen von einem Fall, stets geringere Aziditätswerte feststellen, als während der Intervalle. Einmal kam es während der Attacken sogar zu einem völligen Sistieren der H Cl-Sekretion, obgleich dieselbe sonst zwischen 45 und 65 betragen hatte. Das Erbrochene war gewöhnlich weniger sauer, als ein kurz vor dem Anfall untersuchtes Probefrühstück. In einem bemerkenswerten Fall von gleichzeitiger Parasekretion betrug die Azidität nach P. F. 46, die des Erbrochenen 40 und die des nüchternen Mageninhalts 50.

Wenn auch in Ausnahmefällen dyspeptische Beschwerden beständig, d. h. also auch in den anfallsfreien Zeiten vorhanden sind, so fehlen doch in den Intervallen Magenbeschwerden meist vollständig. Dagegen klagen die Kranken gewöhnlich über Darmträgheit, während nur in zwei Fällen während und nach den Attacken Diarrhöen bestanden. Im Urin fehlen spezifische Veränderungen; gelegentliche Albuminurie und Azetonurie sind nicht für die Attacken charakteristisch.

Die ersteren zeichnen sich durch krampfartige Kontraktionen des Abdomens, besonders des Hypogastriums aus und gehen mit heftigen bohrenden und reißenden Schmerzen einher. Das Abdomen ist bretthart und oft kahnförmig eingezogen. In manchen Fällen treten in der Regio ileocoecalis oder über den Pubes Hervorwölbungen von Walnuß- bis über Faustgröße auf, welche mit glucksendem Geräusch wieder verschwinden. Daneben besteht Stuhldrang bei hochgradiger Verstopfung und mangelnder Flatulenz. Solche Attacken dauern selten länger als einige Minuten, sie kommen und verschwinden aber tagsüber oftmals. Ihr Wiederauftreten ist ein periodisches. In der Zwischenzeit ist das Abdomen durchaus normal.

Hervorragendes Interesse beanspruchen die Rektalkrisen, welche mit heftigem erfolglosen Stuhldrang einhergehen. Mit vieler Mühe gelingt es solchen Patienten, geringe Mengen von Kot und Schleim zu entleeren, dabei haben sie das Gefühl, als ob mit einem scharfen Messer oder einem glühenden Eisen in ihrem Rektum herumgebohrt würde. So enorm schmerzhaft diese Anfälle sind, so plötzlich verschwinden sie wieder und die Patienten fühlen sich so wohl als zuvor. Patienten mit Intestinal- oder Analkrisen pflegen keine gastrischen Krisen zu haben und umgekehrt. Wenigstens habe ich niemals ein solches Verhalten beobachtet, so daß also die einen die anderen auszuschließen scheinen. Uebrigens ist das Vorkommen der Darmkrisen ein ungleich viel selteneres als das der Magenkrisen.

Die Diagnose der gastrischen Krisen ist schwierig, da sie meist im

Digitized by Google

sogenannten präataktischen Stadium der Tabes auftreten, d. h. zu einer Zeit, wo spezifische Symptome, wie Koordinations- oder Sensibilitätsstörungen oder Gelenkaffektionen u. a., noch fehlen.

Was die verschiedenen differenzialdiagnostischen Momente betrifft, deren Wert für die Diagnose schon teilweise besprochen ist, so sind das besonders: die Art und Weise der Entwicklung der Attacken, die im Anfang selten, dann immer häufiger auftreten, die anamnestisch festgestellte Infektion mit Syphilis, und mit Bezug auf den Charakter der Attaken, der krampfartige Beginn mit bohrenden und ziehenden Schmerzen im Epigastrium, verbunden mit Erbrechen. Das letztere kann, wie schon bemerkt, in verschiedener Weise vom gewöhnlichen Verlauf abweichen. Je nach dem Charakter der Krise im einzelnen Fall treten Schmerzen oder Erbrechen auf.

Recht schwierig kann die Differenzialdiagnose werden zwischen tabischen Krisen und dem gelegentlich auf organischen, meist aber funktionellen Störungen des Zentralnervensystems beruhenden nervösen Erbrechen, welches nach Charcot und anderen Autoren periodisch auftreten kann bei allgemeiner Spinalparalyse, multipler Sklerose und bei Kompression des Halsmarks durch Wirbelbruch. Diese Fälle bieten jedoch nach meiner Erfahrung keine besonderen Schwierigkeiten, denn solchen Attacken fehlt ein spezifischer Typus, da sie in der Regel erst dann sich einstellen, wenn Symptome des Grundleidens unzweifelhaft vorhanden sind, im Gegensatz hiezu zeichnen sich die gastrischen Krisen durch völliges oder fast völliges Fehlen typischer Tabessymptome aus. Größere Schwierigkeiten macht die Differenzierung von nervösem periodischen Erbrechen ohne nachweisbare zentrale Affektion, wie es besonders von Leyden [5]) und Boas als paroxysmales oder idiopathisches beschrieben wurde, denn diese Attacken ähneln in hohem Grade den tabischen Krisen, von denen sie sich aber in folgenden Punkten unterscheiden:

1. Weder die Zeit ihres Auftretens, noch ihr Charakter sind typisch; die Anfälle kehren nicht in immer kürzeren Pausen wieder, sondern selten und stets regelmäßig. So habe ich bei jungen Mädchen Magenkrämpfe beobachtet, die entweder regelmäßig oder mit längeren Intervallen zur Zeit der Menstruation auftraten mit Erbrechen und Uebelkeit. Man findet in solchen Fällen blasse, anämische Gesichtsfarbe, Appetitmangel, belegte Zunge etc. Manchmal ist das Auftreten der Krisen abhängig von der Jahreszeit, so daß sie z. B. nur im Sommer oder im Herbst wiederkommen.

2. Kein Symptom weist auf eine Spinalaffektion hin, dagegen fehlen selten:

3. Neurasthenische oder hysterische Symptome.

4. Meist entwickeln sich diese Attacken im Anschluß an die Nahrungsaufnahme, wobei merkwürdigerweise ein und dieselbe Speise das eine Mal einen Anfall auslöst, das andere Mal nicht.

5. Ex juvantibus, d. h. die sogenannten eidiopathischen Krisen sind der Therapie zugänglich, was man von den echten tabischen Krisen kaum sagen kann.

Andere Arten von Krisen, die in Betracht kommen könnten, sind das schmerzhafte Erbrechen bei Bleikolik, schwerem Morphinismus, Schwangerschaft, bei Entstehung von Gallen-, Nieren- und Blasensteinen, Malaria, bei Uterus- und Darmerkrankungen, sowie Darmparasiten.

Fehldiagnosen lassen sich nicht immer vermeiden, so erinnere ich mich eines Falles, in dem ich die Diagnose auf gastrische Krisen gestellt hatte; ein später zugezogener Chirurg diagnostizierte Gallensteine, laparatomierte und fand — nichts. Aus der Leyden'schen Klinik ist ein Fall veröffentlicht worden, in welchem nach einer Bleikolik gastrische Krisen aufgetreten waren. Erst nach langer Beobachtung wurde der wahre Charakter der Erkrankung erkannt. Sehr lehrreich ist in dieser Hinsicht auch ein Fall von Werner.[6]) Es handelte sich um eine Frau, deren seit drei Jahren bestehende Magenbeschwerden allmählich die Form von gastrischen Krisen angenommen hatten. Da man zuerst die vorliegende

Digitized by Google

Schwangerschaft dafür verantwortlich machte, wurden Kauterisation und Dilatation des Uterus mit absolut negativem Erfolg angewandt. Alsbald sich entwickelnde Symptome von Magenerweiterung führten zur Annahme eines Ulcus ventriculi mit Pylorospasmus und im vierten Jahre der Erkrankung zur Gastroenterostomie (Hahn). Aber dieser Eingriff brachte die Krise ebenso wenig zum Schwinden, wie eine wegen möglicherweise vorliegender Uterusadnexerkrankung vorgenommene Kastration. Es trat danach etwa vier Monate lang Erbrechen auf, nach dessen Aufhören auch alle übrigen Beschwerden sich verloren. Nun entwickelten sich alle Symptome der Tabes. Bald darauf erlag die Patientin einer komplizierenden Phthise. Die Obduktionsdiagnose lautete: Typische Sklerose der Hinterhörner und Lungentuberkulose; es wurde ferner eine Magendarmfistel gefunden, an deren Magenende sich, wie das leider nach Gastroenterostomien öfter vorkommt, ein Ulkus entwickelt hatte.

Gerade solche Fälle zeigen, welche fatale Bedeutung die Verkennung dieser Krisen hat. Nicht viel anders liegt die Sache bei den allerdings im Vergleich mit den gastrischen Krisen selteneren Intestinal- und Analkrisen. Diese manifestieren sich gewöhnlich zu einer Zeit, wo die Symptome der Tabes nicht mehr zu verkennen sind und bieten deshalb nach meiner Erfahrung klinisch weniger Schwierigkeiten. Aehnlich verhält es sich auch mit den Larynxkrisen, den lanzinierenden Gelenkschmerzen, dem Gürtelgefühl und anderen Störungen der motorischen oder sensorischen Sphäre.

Ueber das Wesen dieser Krisen sind wir noch gänzlich im Unklaren; wir wissen nur, daß sie zentralen Ursprungs und periodische periphere Reflexe sind. Es sind Kernerkrankungen und neuritische Veränderungen in den Wurzeln oder den peripherischen Nerven (Recurrens, Sympathicus) von einer Reihe von Autoren beschrieben worden, so von Kahler, Demange, Landouzy, Déjérine, J. Roß, Oppenheim und anderen. Auch Atrophie der Vaguswurzeln, Pigmentatrophie, Degeneration der Sympathikusganglien und der Remak'schen Fasern, Degeneration im peripheren Gebiet des Vagus und des Laryngeus wurden beobachtet. Da aber alle diese Läsionen stets erst dann gefunden wurden, wenn die Krankheit ihren Höhepunkt schon erreicht hatte und die Periode der Krisen schon vorüber war, so geben sie uns nicht den geringsten Aufschluß über Wesen und Periodizität dieser Attacken. Es müssen hier, wie beim epileptischen Anfall, spezifische Reize zweifellos eine Rolle spielen, über deren Natur wir aber nichts wissen. Ich bin der Meinung, daß es sich dabei vielleicht um eine Art Autointoxikation handelt durch Bildung eines Toxins oder einer chemischen Substanz, durch die zwar gesunde Nerven nicht beeinflußt werden können, die aber prompt einen Reizzustand solcher Nerven hervorrufen, deren Integrität beschädigt ist. So wächst ja die Häufigkeit der Attaken im gleichen Verhältnis wie die Degeneration der nervösen Elemente. Daß jede einzelne Attacke einen Höhepunkt erreicht und sich dadurch selbst erschöpft, ist ebenfalls keine spezifische Eigentümlichkeit. Wenn schließlich die Reflexbahn zerstört ist oder auf die einwirkenden Noxe nicht mehr reagiert, dann können auch diese Reize keine Attacken mehr auslösen.

Ueber die Therapie der auf zentraler Basis beruhenden Krisen kann leider nicht viel Erfreuliches gesagt werden. Ich habe eine große Zahl von Mitteln versucht, welche teils symptomatisch die Attacken als solche unterdrücken, teils — gegen die Grundkrankheit gerichtet — ihr Wiederauftreten verhindern sollten. (Suspension, Schmierkur, Silbernitrat etc.)

Vor allem ist zu betonen, daß uns kein Mittel zur Abkürzung der Attacken zur Verfügung steht. Einzelne Antinervina, wie Antipyrin, Strychnin (0·002 subkutan), Ceriumoxalat, sollten dazu nach den Angaben von Ostankoff, Basch, Oppenheim gelegentlich imstande sein; so sah Basch [7]) nach dreistündlichen Dosen von 0·1 Ceriumoxalat, möglichst bald nach Beginn der Attacken gegeben, in 18 Fällen zweimal eine Abkürzung und dreimal eine

Digitized by Google

Milderung derselben. Da ich selbst nach Dosen von 0·15 g keine Spur von Erfolg wahrnehmen konnte, habe ich mich seiner nur in wenigen Fällen bedient.

Es ist nicht leicht, den gelegentlichen Einfluß dieser und zahlreicher anderer immer wieder empfohlener Mittel (z. B. Amylnitrit, Erythroltetranitrat [Pal] richtig zu bewerten; wechseln doch die Attacken in ihrem Verlauf und ihrer Intensität ganz außerordentlich. Zudem ist die Tabes bekannt wegen ihres proteusartigen Charakters und leicht der suggestiven Beeinflussung zugänglich. Jede neue Behandlungsmethode dieses Leidens zeitigt im Anfang einen flüchtigen Erfolg.

In schweren Fällen kommen wir ohne Morphium nicht aus und sind imstande, im Anfang mit relativ kleinen Dosen den Anfall zu koupieren. Die Dosis muß natürlich vergrößert werden, wenn die Attacken häufiger werden und sich schneller folgen. Schließlich sind Dosen, die weit über die Maximalgaben hinausgehen, fast oder ganz unwirksam. Dabei besteht immer die Gefahr, daß diese Patienten Morphinisten werden und bei der unbedeutendsten Sensation im Abdomen zur Spritze greifen.

Wie bei allen anderen periodischen Krampfanfällen, wie Gallensteinen- oder Nierenkoliken, ist die Reaktion auf Morphium individuellen Schwankungen unterlegen, indem die einen lange ohne dasselbe auskommen, andere des Mittels schnell sich wieder entwöhnen, dem eine dritte Kategorie von Patienten zum Opfer fällt. Deshalb gebe ich meinen Patienten das Morphium unter diesen Verhältnissen niemals in die Hand, gleichgiltig, welcher Gesellschaftsklasse sie angehören. Die Möglichkeit des Morphinismus kann uns natürlich nicht veranlassen, des Mittels zu entraten, denn wie ich vor einigen Jahren [3]) hervorgehoben habe, verkürzt es nicht nur die Lebensdauer nicht, sondern es verlängert sie sogar.

Die Tatsache, daß die Reflexbahn, auf welcher vom Zentrum aus die Entstehung der peripheren Reizerscheinungen vermittelt wird, auf dem Wege der Hinterhörner des Rückenmarks verläuft, war der Grundgedanke zu einer Behandlungsmethode, die von Corning vor Jahren angegeben, aber erst seit neuerer Zeit systematisch durch Chatelin [9]) in Anwendung gebracht wurde, nämlich die Vornahme epiduraler Injektion von Anästheticis in das Sakralmark. Zu diesen Injektionen sucht man sich die beiden niederen knöchernen Prominenzen auf, welche den fünften unteren rückwärtigen Prozessus sacralis zusammensetzen und beiderseits am Ende der Rima ani gelegen sind. Die Kanüle wird in die dort befindliche dreieckige Vertiefung eingestoßen. Solcher Injektionen bedienten sich Hulier und Vidal in einem Fall von gastrischen Krisen auf der Basis eines Ulcus ventriculi, Berguignan bei tabischen Blasenkrisen. Die Lösung besteht aus

Natr. chorat.	0·21
Cocain. hydrochlor.	0·09
Aq. dest.	ad 100

Die Technik dieser epiduralen Injektionen, die ich selbst in vielen Fällen ausgeführt habe, ist die denkbar einfachste. In keinem Falle traten danach schmerzhafte Sensationen, Sensibilitätsstörungen und Lähmungserscheinungen auf.

Bei dem periodischen Erbrechen idiopathischer Natur, das auf funktionelle Neurosen zurückzuführen ist, ist die Therapie aussichtsreicher als bei den gastrischen und ähnlichen Krisen zentralen organischen Ursprungs. Hier kann mit tonisierender Behandlung, hygienischen und diätetischen Maßnahmen, mit Eisen und Arsenik viel ausgerichtet werden. Die Lokalbehandlung hat in der Vornahme von Magenspülungen mit Chloroformwasser oder Argent. nitric. zu bestehen, auch Brompräparate, Hyoszyamus, Orthoform können als Sedativa benützt werden, bei Reflexerbrechen bedienten wir uns mit Erfolg der Kokainisierung der Nasenschleimhaut. Immerhin muß zugegeben werden, daß in besonders hartnäckigen Fällen, die zu großer Schwäche führen, die Behandlung lange Zeit erfolglos ist.

Gerade hier kann die schwierige Differenzialdiagnose erst nach einer langen genauen Beobachtung des Krankheitsverlaufes geklärt werden.

Digitized by Google

Literatur:

1. W. Gull, Guy's Hospital Reports, 1856, p. 181.
2. P. Dubois, Thèse de Paris, 1868.
3. O. Schaumann, Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 49, H. 1, p. 61.
4. L. Mann, Allgem. med. Zentral-Ztg., Juli 1902.
5. V. Leyden, Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 4, 1882, p. 605; I. Boas, Deutsche med. Wochenschr., 1889, Nr. 42.
6. Werner, Inaug. Diss., Berlin 1889.
7. S. Basch, Archiv f. Verdauungskrankheiten, Bd. 5, 1899, p. 1.
8. C. A. Ewald, Berl. klin. Wochenschr., 1901.
9. Chatelin, Annales des maladies des organes génito-urinaires, April 1903.

Aus dem Gebiete der Arzneimittellehre: Neuere Schlafmittel.

Von Dr. **Edmund Springer** in Breslau.

Den älteren Arzneimitteln liegt ein „System" in dem Molekularaufbau nicht zugrunde. Die Körper wurden einer Prüfung ihrer therapeutischen Fähigkeiten unterworfen und dann direkt in den Arzneischatz einzuführen versucht. Schließlich sah man aber doch ein, daß diese Art des Suchens nicht die richtige ist und fand auch bald, daß die Wirkung eines Arzneimittels abhängig ist von seinen Komponenten, das heißt, daß zwischen arzneilicher Wirksamkeit und chemischer Zusammensetzung ein direkt fundamentaler Zusammenhang besteht. So fand man z. B., daß die hypnotischen Eigenschaften einer Verbindung von den Aethylgruppen abzuhängen scheinen. Einen Beweis hiefür liefern ja das Sulfonal, Trional und Tetronal[1]), die sich nur durch ein Plus von je einer Aethylgruppe unterscheiden. Baumann, der Entdecker des Sulfonals, hat die Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und physiologischer Wirkung bei den verschiedenen Sulfonen festgestellt und gefunden, daß die Art der Wirkung bei allen aktiven Disulfonen im allgemeinen in derselben Richtung liegt, die Intensität der Wirkung aber bedingt ist durch die Zahl der in denselben enthaltenen Aethylgruppen. Die Einführung geschah eben, um die hypnotischen Eigenschaften des Sulfonals zu erhöhen. Unter allen Disulfonen hat daher das Tetronal die stärkste Wirkung. Eine hypnotische Wirkung kommt übrigens allen Alkylresten zu, der Effekt ist aber gerade bei der Aethylgruppe besonders stark. Die Hydroxyde sämtlicher Alkylreste, also die Alkohole, sind ja ausgesprochene Schlaferreger.[2]) Hier ist nicht etwa die Hydroxylgruppe das wirksame Prinzip für die Hypnose, sondern der Alkylrest.

Als weiteres Glied wäre dieser Gruppe noch zuzuzählen das Methonal, als Dimethylsulfondimethylmethan. Es ist also ein Tetronal, in dem sämtliche Aethylreste durch Methylgruppen vertreten sind. Es wird in den gleichen Dosen wie Sulfonal gegeben, hat aber eine weitere Verbreitung bisher nicht gefunden.

Die gleichen Versuche, das heißt durch Einführung der Aethylgruppe oder anderer organischer Reste die Wirkung nach der einen oder anderen Seite zu modifizieren, sind ja besonders in der Morphingruppe wiederholt gemacht. Abgesehen vom Codein Methyl morphin, denke ich hier an das Dionin, Heroin und Peronin. Die hypnotischen Effekte des Morphins beruhen nach Fränkel auf der Existenz des sogenannten Morpholinringes in einer bestimmten Stellung und hängen mit dem Offensein der beiden Hydroxyle zusammen. Bei dem Dionin als Aethylmorphin ließ sich schon wegen der nahen Ver-

[1]) Diaethylsulfon / dimethyl-methan = Sulfonal; — aethyl-methyl-methan = Trional; \ di-aethyl-methan = Tetronal

[2]) Ich verweise bei dieser Gelegenheit auf die neuen Untersuchungen und günstigen Erfolge, die mit subkutanen Apomorphin-Injektionen bei akuter Alkoholvergiftung erzielt worden sind. (cfr. „Les nouv. Remèdes", pag. 117, 1904.)

Digitized by Google

wandschaft zum Codein von vornherein ein günstiges Resultat erwarten, wozu noch kommt, daß eben durch Einführung der Aethylgruppe die hypnotischen Fähigkeiten erhöht werden. Infolgedessen gewinnt das Dionin auch immer mehr an festem Boden, was zahlreiche Veröffentlichungen beweisen. In der schmerzstillenden Wirkung ist es dem Morphin und Codein überlegen und besitzt außerdem noch den Vorteil, daß es keine Nebenwirkungen zeigt und in größeren Dosen gegeben werden kann. Besonders hervorgehoben sei noch die relative Ungiftigkeit des Dionins, wodurch es sich vor allen anderen Morphinderivaten auszeichnet. Heroin ist der Diessigsäureester des Morphins. Nach neueren Angaben von Mayor (Therap. Monath. Nr. 5 u. 6, 1903) ist bei Kranken, die das Mittel zum erstenmale bekommen, Vorsicht geboten, die Einzelgabe soll 5 mg nicht übersteigen. Die schlaferregende Wirkung des Präparates kann nach Ansicht dieses Autors der des Morphins nicht an die Seite gestellt werden, auch ist das Heroin giftiger und sollte deshalb nur in stark verdünnten Lösungen subkutan zur Anwendung kommen und innerlich nur in ganz kleinen Dosen gegeben werden. Der Hauptwert des Heroins scheint auf einem anderen Gebiete zu liegen. Peronin = Benzylmorphin, besitzt einen brennenden, unangenehmen Geschmack und den Nachteil der Schwerlöslichkeit, so daß dieses Morphinderivat nur eine beschränkte Anwendung gefunden hat. Sobald die Konstitution des Morphinmoleküls völlig aufgeklärt sein wird, ist auf diesem Fundament noch manches brauchbare Präparat zu erwarten.

An dieser Stelle möchte ich auch erwähnen, daß nach Kramer (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 363, 1904) das einzig wirkliche Morphiumantidot das Kaliumpermanganat ist. Das Mittel wird innerlich gegeben, und zwar zuerst in einer der Morphiumdosis genau entsprechenden Menge, dann halbstündig etwa 0·1 g.

Auf einer anderen Basis aufgebaut, nämlich auf der des Chlorals, ist das Hypnal. Es ist ein Krystallisationsprodukt von Chloralhydrat und Antipyrin unter Zuhilfenahme von 1 Mol. H_2O. Es vereinigt die Wirkungen seiner beiden Komponenten. Das als Amylenchloral anzusprechende Dormiol zeigt die Wirkung des Chlorals, die durch das gleichfalls hypnotisch wirkende Amylen noch verstärkt wird. Dasselbe Prinzip wurde verfolgt bei dem Chinoral, einem Kondensationsprodukt von Chloral und Chinin. Derartige Kompositionen sind meist zwecklos. Gewöhnlich leistet der neue Körper kaum mehr als eine Mischung der beiden Ausgangsprodukte.

Bei den Chlorverbindungen soll auch eines Additionsproduktes von Brom und Sesamöl, des Bromipins, gedacht werden. Diese, 10% Brom enthaltende, gelbe, ölige Flüssigkeit zeigt natürlich kräftige Bromwirkung, ist aber schlecht zu nehmen, weshalb auch das Präparat jetzt in Tablettenform in den Handel kommt. Besonders bei nervöser Schlaflosigkeit hat es sich gut bewährt. Es ist erklärlich, daß sich insbesondere bei Nervenkranken der ernährende und kräftigende Einfluß, der natürlich auf dem Sesamöl beruht, vorteilhaft bemerkbar macht.

Ebenfalls auf der Bromwirkung aufgebaut ist das Bromokoll, eine 20% Brom in intramolekülarer Bindung enthaltende Bromtanninleimverbindung. Es ist ein bräunliches, geruch- und geschmackloses Pulver, das erst im Darm gelöst wird und daher den Magen unverändert passiert.

Hypnon ist Acetophenon = Phenylacetylketon. Hypnoazetin der Azetylparamidophenoläther des Hypnons. Beide haben nur eine beschränkte Anwendung finden können.

Waren schon seit geraumer Zeit die therapeutischen Eigenschaften der Harnstoffreihe bekannt, so ist es doch erst neuerdings gelungen, einige brauchbare Hypnotika aus dieser Gruppe zu bilden. Wird in der Kohlensäure eine OH-Gruppe durch den Amidorest (NH_2) ersetzt, so erhält man die Karbaminsäure, deren Aethylester als Urethan bezeichnet wird. Das Methylpropylkarbinolurethan wird unter dem Namen Hedonal in größeren Dosen — kleine Gaben haben sich als wirkungslos nach dieser Richtung hin erwiesen — als Hypnotikum gegeben. Ist

Digitized by Google

auch das Hedonal nicht imstande, Trional, Chloral und Morphium immer zu ersetzen, so ist es doch ein verhältnismäßig unschuldiges und doch wirksames Mittel. Irgend welche Nebenerscheinungen sind nicht beobachtet worden, nur tritt nach kurzer Zeit eine Angewöhnung, bezw. Abschwächung der hypnotischen Kraft ein, so daß man nach einer Reihe von Tagen den Gebrauch unterbrechen oder einen Wechsel mit anderen Schlafmitteln eintreten lassen muß. Bei der Oxydation der Verbindung im Organismus ist ein glatter Abbau in Wasser, Kohlensäure und Harnstoff wahrscheinlich und schon dieser Umstand spricht für die Unschädlichkeit des Mittels. Als kräftiges Hypnotikum ist jedenfalls das Hedonal nicht zu betrachten, in starken Erregungsstadien versagt es daher leicht. Krawkow (Russki Wratsch Nr. 1665, 1903) hat besonders gute Erfolge mit einer kombinierten Hedonal-Chloroformnarkose gemacht. Das Hedonal wird zuerst innerlich gegeben und nach erfolgtem Einschlafen chloroformiert.

Ueber ein nahe verwandtes Glied dieser Gruppe, das Veronal, liegt bereits eine außerordentlich umfangreiche Literatur vor. Es ist Diäthylmalonylharnstoff. Für seine therapeutische Verwendung ist der Umstand von Wichtigkeit, daß es leicht lösliche Alkalisalze bildet und infolgedessen im Darm leicht resorbiert wird. Es ist ein prompt wirkendes und mildes Hypnotikum, das in schweren Fällen, die von heftigen Schmerzen begleitet sind, allerdings nicht standhält. Der Schlaf ist ruhig, traumlos und dem natürlichen gleich. Besonders praktisch hat es sich in der psychiatrischen Praxis gezeigt. Bei längerem Veronalgebrauche wurde bei den meisten Patienten eine ständige Zunahme des Körpergewichtes konstatiert, es verhindert den Eiweißzerfall und eignet sich besonders für längeren Gebrauch, da eine Angewöhnung nur bis zu einer gewissen Grenze eintritt. Das Veronal scheint berufen, einen dauernden Platz in der Gruppe der Hypnotika zu behaupten.

Ueber das jüngste Hypnotikum, das Isopral, liegen erst wenige Berichte vor. Es ist Trichlorisopropylalkohol und wird von den Farbwerken Bayer in Elberfeld in den Handel gebracht. Es ist ein dem Chloralhydrat nahestehender Körper von kampferartigem Geruch und etwas stechendem Geschmack. Es soll bedeutend weniger giftig sein, als Chloral, dieses aber an Wirksamkeit um das Doppelte übertreffen. Bei Morphinismus im Stadium der Abstinenz soll es sich ebenfalls gut bewährt haben. Unangenehm ist der brennende Geschmack, der sich nur schwer unterdrücken läßt.

Stellt man die Hypnotika nebeneinander, so sieht man, daß folgenden Gruppen hypnotische Eigenschaften zukommen: den Morphinderivaten, den Körpern, die Alkylreste, Aldehyde (Paraldehyd) und Ketone enthalten, und endlich Verbindungen der Halogene. Wie in vielen arzneilich wertvollen Gruppen, zeigt es sich auch hier besonders deutlich, daß der zuerst gefundene Körper sich am längsten auf dem medizinischen Repertoire hält. Im vorliegenden Falle wird wohl das Morphium noch lange Standardpräparat bleiben. Ein bedeutender Rivale würde ihm erst dann erstehen, wenn es gelingt, einen Körper herzustellen, der wasserlöslich ist und einige Aethylreste in festgebundener Form an einem physiologisch indifferenten Kern enthält.

Ueber die Behandlung der Diarrhöen bei Kindern.

Von Dr. **E. Töff**, Frauen- und Kinderarzt in Braila.

Die Zahl der Diarrhöe hervorrufenden Krankheiten bei Kindern ist eine recht stattliche und vom wissenschaftlichen Standpunkte ist es gewiß nicht gerechtfertigt, dieselben alle unter einem Sammelnamen, welcher ein Symptom bezeichnet, zu vereinigen, aber, wenn irgendwo, so ist es gewiß in der Kinderheilkunde am Platze, zwischen Theorie und Praxis strenge zu unterscheiden. Der Praktiker wird die am Krankenbett gewonnenen Erfahrungen für die besten theoretischen

Digitized by Google

Weisheiten nicht umtauschen und wir glauben, daß in Anbetracht des Umstandes, daß in erster Reihe die Mission des Arztes im Heilen von Krankheiten besteht, diese Auffassung nicht ganz zu verwerfen sei. In dieser Beziehung muß also hervorgehoben werden daß das Symptom „Diarrhöe" bei den betreffenden Krankheiten, mag man sie nun als Dyspepsie, Enteritis acuta, subacuta oder chronica, Cholera infantum, Enteritis follicularis etc. bezeichnen, immer in den Vordergrund tritt, durch den immerwährenden Säfteverlust die hauptsächlichste Gefahr für den kindlichen Organismus bildet und daß mit der Bekämpfung derselben oft einer vitalen Indikation genügt wird. Die übrigen Symptome, wie Appetitlosigkeit, Erbrechen, Fieber, Schmerzen, Meteorismus etc. erheischen bei weitem nicht so viel Sorgfalt wie die gesteigerten Darmentleerungen. Tatsächlich sind alle antienteritischen Mittel in erster Reihe antidiarrhoische und parallel mit der Verbesserung des Stuhlganges geht auch die Besserung der Darmerkrankung einher. Selbstverständlich kann die Diarrhöe an sich nicht als eine besondere Krankheit aufgefaßt werden, da sie doch nur die nach außen sichtbare Manifestation eines im Magen oder Darme sich abspielenden Prozesses ist und im großen und ganzen eigentlich eine Abwehrerscheinung des Organismus darstellt; leider geschieht es aber auch hier, wie so oft, daß der Organismus über das Ziel hinausschießt: die Kinder gehen an den Folgen der Abwehrerscheinungen zugrunde, statt durch dieselben von der ursprünglichen Krankheit zu genesen.

Wenn wir nun zur praktischen Behandlung der in Rede stehenden Affektion übergehen, so muß hervorgehoben werden, daß noch von vielen Aerzten höchst schematisch vorgegangen wird, indem man sich viel zu wenig mit der Aetiologie der jeweiligen Krankheit beschäftigt, sondern gleich zu konstipierenden Medikamenten greift, eventuell unter vorhergehender Verabreichung eines Abführmittels. In vielen Fällen trifft es sich gut, während in anderen auf diese Weise der Zustand sich verschlimmert und man auch hin und wieder einen Kranken verlieren kann.

Ich will hier auf das allbekannte Kapitel der künstlichen Ernährung der Säuglinge nicht näher eingehen, sondern nur einige andere ätiologische, wenig beachtete Momente hervorheben.

Heftige Gemütsbewegungen der Stillenden rufen bei den betreffenden Säuglingen oft hartnäckige Diarrhöen hervor. Eine Amme, die mit ihrer Stellung unzufrieden ist, sich nach Hause sehnt u. s. w., kann langdauernde Diarrhöen hervorrufen, die meist allen Mitteln trotzen. Aehnliche Erscheinungen von Seiten der Brustkinder werden während der Menstruationsperioden der Säugenden beobachtet.

Nicht selten treten langwierige Diarrhöen bei Säuglingen auf, deren Ammen Syphilis gehabt, oder hereditär syphilitisch belastet sind. Man denke immer an diese Möglichkeit, falls ein an der Brust genährtes Kind immer wieder an Diarrhöe erkrankt. Auch hereditäre Syphilis auf Seiten des Kindes scheint eine ganz besondere Prädisposition für Magen-Darmerkrankungen abzugeben.

In allen diesen Fällen sind gewiß keine Mikroorganismen die direkten Erreger der Krankheit und es wäre verfehlt, solchen Patienten Darmantiseptika zu verabreichen.

Manche Kinder vertragen die Milch der eigenen Mutter nicht, während sie bei Ammenmilch oder künstlicher Ernährung ganz gut gedeihen. In solchen Fällen muß man sich vor dem Faktum beugen und nicht in starrer Weise an dem Dogma festhalten, daß die Muttermilch für das Kind immer die beste Nahrung repräsentiere.

Kinder, welche in dumpfen, schlecht gelüfteten Wohnungen gehalten werden, neigen oft zu Störungen in der Darmfunktion, indem Diarrhöe mit Verstopfung abwechselt. Ich habe solche Kranke fast ohne jede Medikation bei Landaufenthalt heilen gesehen.

Künstlich genährte Kinder bekommen Diarrhöen, falls die betreffenden Milchkühe in sumpfigen Gegenden weiden, oder frisch gekalbt haben. Inwieferne die von Spolverini[1]) angegebene Fütterung

[1]) Revue d'hygiène et de médicine infantiles Nr. 3 u. 4, 1902.

Digitized by Google

der Kühe mit keimender Gerste eine Verbesserung der Milch durch das Uebergehen der in der Gerste enthaltenen Diastase in dieselbe, praktisch für die Säuglingsernährung verwertbar sein kann, muß erst die Zukunft lehren. Was aber die schädlichen Stoffe anbetrifft, so ist es sicher, daß dieselben in die Milch der Kühe übergehen und im weiteren Verlaufe nachteilig auf den Darmkanal der damit gefütterten Säuglinge einwirken können.

Mit Bezug auf bakterielle Enteritiden muß hervorgehoben werden, daß oft ganz unscheinbare Bewegungsmomente sehr ernste Folgen nach sich ziehen können; ein nicht ganz frisches Ei kann bei kleinen Kindern die heftigsten Erscheinungen von Gastroenteritis hervorrufen.

Nicht immer beruht die Darmreizung, welche Diarrhöe bewirkt, auf Bakterien, welche mit verdorbenen Nahrungsmitteln eingeführt werden, sondern oft auch auf einer Vermehrung der im Darme bereits befindlichen, wenn die Bedingungen zu ihrer Entwicklung besonders günstig werden, oder auf einer Vermehrung der denselben innewohnenden Virulenz.

Die Behandlung dieser verschiedenen Zustände muß in erster Reihe die Beseitigung der Grundursachen ins Auge fassen. Handelt es sich um Säuglinge, die nur Mutter- oder Ammenbrust erhalten, so soll nachgeforscht werden, ob nicht eine von den oben erwähnten Ursachen vorliegt, und getrachtet werden, dieselbe zu beseitigen. Bei bakteriellen Erkrankungen muß in erster Reihe eine Säuberung des Darmtraktes angestrebt werden. Es ist dies ein grob mechanisches Hilfsmittel, denn man halte es sich immer gegenwärtig, daß eine wirkliche Desinfektion des Darminhaltes unmöglich sei, wie durch die ausschlaggebenden Untersuchungen von Fürbringer[2]) erwiesen ist. Als bestes Abführmittel ist in allen Fällen Ol. ricini zu bezeichnen. Das so viel benützte Kalomel kann nach dem Gesagten auch nicht als Darmdesinfiziens angesehen werden, während es mitunter, namentlich bei schwächlichen Kindern, langwierige Stomatitiden hervorrufen kann.

[2]) Deutsche med. Wochenschr., p. 11, 1887.

Die Regelung der Diät soll hauptsächlich eine Entlastung der Verdauungsorgane anstreben, was durch Verabreichung von wässerigen Flüssigkeiten am besten erreicht wird. Suppe, Tee, gekochtes Wasser u. ä. sollen für die ersten 24 Stunden die ausschließliche Nahrung bilden und jede Behandlung einleiten. Milch schadet eher, da sie zu großen Käseklumpen gerinnt, welche beim Passieren des Darmes reizend auf die Schleimhaut desselben einwirken und außerdem auch einen guten Nährboden für Mikroorganismen abgeben. Für später ist eine mehrhaltige Nahrung, die unter der Form verschiedener Kindermehle vorteilhaft in Anwendung gebracht werden kann, empfehlenswert. Ueber Milchsterilisierung will ich mich hier nicht weiter auslassen, da ich den Gegenstand als viel zu bekannt betrachte.

Bei Darmtuberkulose ist eine klimaterische Behandlung, namentlich eine solche an der Seeküste, nicht zu unterlassen, obzwar auch da Heilungen nur zu den allergrößten Seltenheiten gehören dürften.

Eine direkte medikamentöse Behandlung der Diarrhöe ist von besonderer Wichtigkeit. Hier kommen in erster Reihe die Adstringentien in Betracht, und zwar das Tannin und seine Präparate. Tannin ist nicht nur ein vorzügliches Adstringens, indem es die Sekretion der damit in Berührung kommenden Schleimhäute herabsetzt, sondern es ist auch ein gutes Antiseptikum, und was die Hauptsache ist, es bindet die albuminoiden Ptomaine und Toxine, welche sich im Darme gebildet haben und setzt auf diese Weise die Giftigkeit der betreffenden Bakterien herab. Tatsächlich wirken auch alle früher viel benützten antidiarrhoischen Mittel hauptsächlich durch ihren Gehalt an Gerbsäure, wie Semen Quercus, Ratanhia, Coto etc.

Leider ist aber das Tannin in reiner Form nicht gut anwendbar, nachdem eine kleine Dosis nur geringe Wirkung ausüben würde, in größeren aber gegeben, die Gefahr besteht, gastroenteritische Erscheinungen durch dasselbe zu produzieren, respektive bereits bestehende zu verschlimmern. Um diesen Uebelstand zu umgehen, wurden verschiedene Präparate erfunden und empfohlen und ich habe im Laufe der

Digitized by Google

Zeit fast alle zu versuchen Gelegenheit gehabt. Ich habe gefunden, daß von allen die Tannin-Eiweißverbindung Tannalbin[3]) die Palme verdient. Im Laufe von sechs Jahren habe ich dasselbe in mehr als 800 Fällen angewendet und sehr günstige Resultate erzielt. Ich erkläre mir dieselben in folgender Weise: das Mittel ist im Magen unlöslich, eine Störung der Verdauung, wie dieselbe durch reines Tannin, oder dasselbe enthaltende Drogen hervorgerufen wird, kommt also nicht vor. Im Darme spaltet es sich aber allmählich, gibt auf diese Weise das Tannin ab, welches seine Heileffekte auf die ganze erkrankte Schleimhaut ausüben kann und nicht nur auf die oberen Teile des Dünndarmes, wie dies bei Anwendung reinen Tannins vorkommt. Infolge dessen gibt das Mittel auch bei Dickdarmkatarrh gute Resultate.

Ueber ähnliche gute Erfolge berichtete in jüngster Zeit Preiß,[4]) der an einem großen Krankenmaterial vergleichsweise Studien über Tannalbin und andere Tanninverbindungen anstellte und mit dem ersteren die weitaus günstigsten Erfolge sowohl bei reiner Dyspepsie als auch bei Enteritis acuta und chronica erzielte. Nebenbei will ich bemerken, daß ich die von ihm benützte Dosis (0·06 Tannalbin drei- bis viermal täglich) für viel zu niedrig halte und glaube, daß dies auch der Grund sein dürfte, daß in manchen seiner Fälle von Dickdarmkatarrh der Erfolg ausblieb. Die von mir in Anwendung gebrachte Dosis ist nahezu zehnmal größer als die seinige: ich verschreibe für Kinder bis zu einem Jahre 1—2 g Tannalbin für 24 Stunden in einem Dekoctum Colombo von 1·0 : 80·0, welches unter Hinzufügen von 20 g Sirup von Kindern sehr leicht genommen wird. Man lasse hievon, Tag und Nacht, stündlich je einen Kaffeelöffel geben. Größere Kinder können bis zu 3·0 g für 24 Stunden bekommen.

Bei Dysenterie habe ich gute Erfolge von Tannalbinklysmen gesehen; man gibt einen gestrichenen Eßlöffel voll für ein Klysma von $^1/_4$—$^1/_2$ dg einer schleimigen Mixtur oder einer Abkochung von Weizenkleien. Hauptsache ist, daß das Einlaufen der Flüssigkeit langsam geschehe, damit die Kinder nicht gleich Stuhldrang empfinden sollen.

Nicht zu unterschätzen ist der günstige Einfluß, den warme Bäder auf alle an Diarrhöe leidende Kinder ausüben. Durch die Erweiterung der Hauptkapillaren wird eine Deskongestionierung der inneren Organe, somit auch des Darmtraktes bewirkt, indirekt also antiphlogistisch auf denselben eingewirkt.

Bei schweren Diarrhöen, die mit erheblichem Säfteverluste einhergehen, also gleichsam einer „saignée à blanc" gleichkommen, habe ich gute Erfolge von massiven subkutanen Einspritzungen künstlichen Serums gesehen; durchschnittlich wäre $^1/_4$—$^1/_2$ l zu injizieren.

Kinder, die an lange dauernder Diarrhöe gelitten haben, sollen wöchentlich einmal gewogen werden, um zu sehen, ob das Körpergewicht zunimmt, da nur auf diese Weise über die Funktion des Verdauungsapparats ein genauer Ueberblick gewonnen werden kann.

[3]) Vierordt, Ueber den klinischen Wert des Tannalbins. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25, 1896.

[4]) Deutsche Aerzte-Ztg. H. 5, 1904.

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Zur Behandlung Herzkranker. Von Dr. A. Hecht in Beuthen.

Bei Herzkranken, die in einem reduzierten Zustand der Ernährung sich befinden und die ersten Anzeichen der Herzschwäche, wie Atemnot, Herzklopfen, beschleunigten Puls darbieten, ferner in solchen Fällen, bei denen mit der Digitalis allein ein therapeutischer Effekt nicht mehr zu erzielen ist, hat Vf. mit Erfolg

Digitized by Google

folgende Kombination der Digitalis mit Extr. Strychni und Chinin angewendet:

Rp. Fol. Digit. pulv. } āā 1·50
Chinin. hydrochlor. }
Extr. Strychni spir. 0·30—0·50
M. f. pill. Nr. XXX.
S. Dreimal täglich 1—2 Pillen.

Bei dieser Verordnung schwinden nicht nur die Symptome der Herzschwäche, sondern auch die lästigen Magenbeschwerden. — (Therap. Monatsh., H. 8, 1904.)

Laub.

Die Erfolge einer einmaligen Kur in Karlsbad bei Gallensteinkranken. Von Dr. Franz Fink in Karlsbad.

Vf., der über eine reiche balneologische und chirurgische Erfahrung bei der Behandlung von Gallensteinkranken verfügt, stellte sich die Aufgabe, zu untersuchen, was für eine Wirkung die einmalige Kur in Karlsbad und in welchem Grade sie eine solche äußert.

Das Substrat für dieses Studium bildete die Beobachtung von 263 Fällen des Jahres 1903, in welchen die Diagnose Cholelithiasis als feststehend erwiesen worden war. Es zeigte sich, daß nach der üblichen, meist vierwöchentlichen und noch kürzeren Zeit des Kurgebrauches in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein günstiger Erfolg nachzuweisen war: er betrug 91·85%, nur in 8·09% war ein Erfolg ausgeblieben.

Das Ergebnis des Studiums des Vf. hat somit den auf Grund seiner großen Erfahrung gemachten Ausspruch Naunyns, „die Karlsbader Kur beeinflusse den Verlauf der Cholelithiasis auf das allergünstigste", bestätigt.

So günstig zwar die durch die Karlsbader Kur erzielten Erfolge bezeichnet werden müssen, macht Vf. doch aufmerksam, daß denselben auch Grenzen gesteckt sind. Diese Grenzen sind gegeben: durch die Fortdauer der Beschwerden, durch das Hinzutreten einer Infektion und durch den chronischen Choledochusverschluß. Beim Choledochusverschluß kann man nach den Erfahrungen des Vf. längstens ein halbes Jahr zuwarten, da bei Operationen nach länger dauerndem Verschluß die Patienten auch nach glücklicher Operation den Komplikationen erlegen sind.

Während bei Fortdauer der Kolikanfälle die Entscheidung für die Operation mehr dem Patienten anheimzustellen ist, soll bei Infektionen in der Gallenblase der Arzt darauf bedacht sein, daß der günstige Moment für die Operation nicht verloren gehe. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 30, 1904.)

Laub.

Nephroptose und Enteroptose. Von Dr. Aufrecht.

Im Gegensatz zu Glénard ist Vf. der Ansicht, daß die Genese der Enteroptose nicht intestinalen Ursprungs ist, sondern von der rechten Niere ihren Ausgang nimmt, daß die Nephroptose der Beginn, die Vorstufe und Vorbedingung der Enteroptose ist. In bezug auf die Therapie des Leidens schließt sich Vf. ganz den Anschauungen Glénards an. Insbesondere hat Vf. überraschend günstige Erfolge nach der Anwendung des Glénard'schen hypogastrischen Gurtes gesehen. Derselbe bewirkt zwar keine Reposition der herabgesunkenen Organe, sondern nur eine Verkleinerung des Bauchraumes in der Richtung von oben nach unten, vom Zwerchfell nach der Symphyse hin. Eine solche Verkleinerung aber genügt, um das zu erreichen, was zur Besserung des Leidens, ja häufig zur Beseitigung der lästigsten, zumal der nervösen Beschwerden erforderlich ist. Mit Hilfe dieser Verkürzung des größten Längsdurchmessers des Bauchraumes wird die Beweglichkeit der enteroptotischen Organe beschränkt und die Dehnung der Aufhängebänder der betreffenden Organe, speziell der Niere und des Magens, verringert.

Glénards hypogastrischer Gurt ist keine Leibbinde in landläufigem Sinne. Derselbe bildet im Prinzip einen länglichen breiten Streifen, der auf den bloßen Leib von der Symphyse nach aufwärts gelegt wird, seitlich über die Cristae ilei hinweggeht und hinten über dem Kreuzbein durch drei Schnallen und Bänder zusammengehalten, resp. allmählich mehr und mehr zusammengezogen wird. Zu diesem Zwecke

Digitized by Google

müssen die Enden der Binde über dem Kreuzbein voneinander um mehrere Zentimeter abstehen.

Sonstige therapeutische Maßnahmen brauchen keinen weiteren Raum einzunehmen. Gegen Appetitlosigkeit erweisen sich schwache Salzsäuremixturen (1 : 200) oder zusammengesetzte Chinatinktur (dreimal täglich einen Teelöffel in einem Eßlöffel Wasser), gegen die häufig vorhandene Anämie Eisenpräparate recht nützlich.

Die Diät muß entsprechend der durch die Dauer des Leidens bedingten Leistungsunfähigkeit des Magens noch längere Zeit sorgfältig geregelt werden. — (Therap. Monatsh., H. 8, 1904.)

Laub.

Intraartikuläre Injektionen von Natrium salicylicum bei Polyarthritis. Von Dr. Alfred Santini. (Aus der med. Klinik der königl. Universität in Siena.)

Wenngleich die interne Salizylbehandlung des Gelenksrheumatismus im allgemeinen befriedigende Erfolge aufweist, so lehrt doch die Erfahrung, daß ein guter Teil der Arthritiker durch sehr lange Zeit mit seinen Schmerzen im Bette zu liegen genötigt ist, trotz der täglichen Gaben von etlichen Gramm Salizyl. Es wurde daher von verschiedenen Seiten der Versuch gemacht, das Salizyl in anderer Weise als per os in den Körper einzuführen, in der Erwartung einer intensiveren Wirkung des Präparats auf den Krankheitsprozeß. Bouchard machte auf dem medizinischen Kongreß in Kairo (1902) Mitteilung von den guten Resultaten, die er mit der periartikulären Injektion von Natrium salicylicum beim Gelenksrheumatismus erzielt hatte. Das veranlaßte Vf., auf der medizinischen Klinik in Siena die Bouchard'sche Methode zu prüfen; da aber der Erfolg bei den peripheren Injektionen nicht selten nur ein teilweiser und Vf. oft gezwungen war, den Eingriff zweimal oder öfters zu wiederholen, versuchte er es mit den endoartikulären Injektionen, die nur selten eine einmalige Wiederholung der Injektion in dieselbe Synovialhöhle notwendig machten.

Die am vorteilhaftesten zu verwendende Salizyllösung ist eine 3%ige in destilliertem Wasser, da diese mit dem Blute isotonisch ist.

Die am häufigsten vom rheumatischen Prozesse befallenen Gelenke sind zumeist leicht zu erreichen und der geeignete Punkt für den Einstich wird durch die anatomischen Momente bestimmt. Fast immer finden sich fluktuierende Stellen infolge der Distension der Kapsel durch das intraartikuläre Exsudat. Nur bei Erkrankungen des Schulter- und Hüftgelenkes, wie der Wirbelgelenke, muß man sich mit peripheren Injektionen begnügen, wobei man jedoch die Spitze der Nadel in die möglichste Nähe der Gelenkshöhle zu bringen sucht.

Die zu injizierende Dose schwankt je nach der Größe des Gelenkes. Bei den größten Gelenken genügt eine Spritze, welche 5 cm^3 der Lösung faßt, doch ist in den meisten Fällen eine so große Dose unnötig, da man denselben Effekt mit 3—4 cm^3 unter geringeren Beschwerden des Patienten erzielen kann.

Die Injektionen sind im allgemeinen von einer Steigerung der Schmerzen begleitet, meist von einer mäßigen, in seltenen Fällen jedoch von einer außerordentlich heftigen. Bei dem größten Teile der Fälle wurde die Injektion gut vertragen und nach wenigen Augenblicken stellte sich die Bewegungsfähigkeit der Gelenke fast ohne Schmerzen oder mit bedeutender Herabsetzung derselben wieder ein. Der Effekt der gut ausgeführten intraartikulären Injektionen ist dauerhaft, und nur selten beobachtete Vf. Rezidiven.

Die Gesamtheit der Beobachtungen führt Vf. in Uebereinstimmung mit Bouchard zu dem Schlusse, daß das Natrium salicylicum in Form periartikulärer und besser noch endoartikulärer Injektionen eine sehr wirksame Heilwirkung auf den gewöhnlichen Gelenksrheumatismus ausübt. — (Wien. klin.-therap. Wochenschr. Nr. 36, 1901.) Laub.

Neuere Erfahrungen über die Therapie der perniziösen Anämien. Von Prof. E. Grawitz.

Vf. vertritt seit Jahren die Ansicht, daß bei der perniziösen Anämie eine sekun-

Digitized by Google

däre schwere Degeneration der Blutzellen mit starker regenerativer Tätigkeit des Markes vorliege, welche durch Giftwirkung auf die Erythrozyten zu erklären sei, und daß diese Gifte in der Mehrzahl der Fälle sich im Intestinaltraktus selbst bilden, von dort zur Resorption kommen und bei disponierten Individuen als spezifische Blutgifte wirken. Wie diese Giftbildung erstens aus einem fehlerhaften Abbau der Eiweißmoleküle, zweitens aus der Wucherung und Toxinbildung saprophytischer und pathogener Mikroorganismen in den Ingestis des Darmkanals zu denken ist, hat Vf. in einer früheren Arbeit auseinandergesetzt.

Da vorläufig keine Aussicht besteht, durch chemische Analysen diese Gifte in den Körpersäften nachzuweisen, so versucht Vf. durch eine Beseitigung der supponierten Giftbildung im Darme die Degeneration der Erythrozyten zu beeinflussen, resp. vollständig zu heben und die Blutbildung zur Norm zurückzuführen.

An fünf Fällen, die im letzten Jahre im Charlottenburger Krankenhause zur Behandlung kamen, erläutert Vf. die Prinzipien seiner Therapie:

Fall I. 38jährige Frau zeigt das typische Bild der perniziösen Anämie mit den bekannten hochgradigen Blutveränderungen, Oedemen, Hämorrhagien und schwerer Prostration ohne bestimmte Veränderung der inneren Organe. Die äußerst mangelhafte und größtenteils kariöse Beschaffenheit der Zähne, zugleich mit der Angabe, daß Patientin seit langem nicht ordentlich habe kauen können, schien auf eine intestinale Intoxikation hinzudeuten, da gerade die Bakterienwucherungen im Munde, verbunden mit Herabschlucken schlecht zerkleinerter Bissen, bei Mangel freier Salzsäure und motorischer Schwäche des Magens die günstigsten Bedingungen für die intestinale Entwicklung von Giften bilden dürften.

Vf. schlug folgendes Regime ein: Säuberung der Mundhöhle, Ernährung per os wesentlich mit Vegetabilien in Püreeform, Püreekartoffeln, Spinat, Schoten, Reisbrei, Griesbrei etc., Weißbrotschnittchen mit Sardellenbutter und ähnlichen appetitanregenden Sachen. Der Magen wurde anfangs täglich, später seltener mit lauer Kochsalzlösung gespült, und die Kranke bekam reichlich Zitronenlimonade zu trinken. Die Zufuhr der nötigen animalischen Eiweißstoffe ließ Vf. in der ersten Zeit vorzugsweise per rectum besorgen. Die Kranke erhielt täglich eine Darmspülung von Pfefferminztee oder Kochsalzwasser und zwei Nährklystiere von je $^1/_4$ l Milch mit Haferschleim, Zucker, Ei, Plasmon u. ä.

Unter diesem diätetischen Regime und unter Ausschluß jeder medikamentösen Therapie erholte sich die Patientin mit jedem Tage deutlicher. Die Oedeme gingen zurück, die Blutungen resorbierten sich. Das spezifische Gewicht des Blutes stieg von 1028 auf 1050. Innerhalb fünf Wochen nahm Patientin 18 Pfund an Körpergewicht zu.

Erst in der dritten Woche, als das Allgemeinbefinden bereits vortrefflich war, wurden die Nährklystiere ausgesetzt, dafür reichlichere Ernährung per os eingerichtet, Salzsäure gegeben, außerdem Solut. Fowleri. Die Kranke zeigte bei ihrer Entlassung das Bild blühender Gesundheit. Leider ging sie nach einem halben Jahre an einer eiterigen Pyelonephritis zugrunde.

Fall II. 48jähriger Potator, Delirien; retinale Blutungen. Blutbefund: sp. G. 1028, große Mengen von Megaloblasten, ferner Normoblasten und starke Poikilozytose. Therapie: Täglich Magen- und Darmspülungen, Ernährung wie bei Fall I, außer Salzsäure kein Medikament. Beim Verlassen der Anstalt Gewichtszunahme 23 Pfund, Blutbefund normal.

Fall III. 68jährige Frau zeigt das volle Bild der perniziösen Anämie, kompliziert durch schwere Bronchitis und Aortenstenose (Blutbefund: hochgradige Poikilozytose, reichlich körnig degenerierte Zellen, Erythroblasten und viele Megaloblasten). Therapie ähnlich wie in den vorigen Fällen: Täglich Magen-Darmspülungen, vegetabilische Diät und eiweiß-

Digitized by Google

reiche Nährklystiere, daneben Solut. Fowler. Schon nach kurzer Zeit Besserung des Zustands, Megaloblasten und körnige Degeneration der Erythrozyten waren geschwunden, die retinalen Blutungen waren resorbiert, Zunahme des Körpergewichtes am Schlusse der Behandlung um 26 Pfund.

Bei Fall IV handelte es sich scheinbar auch um eine enterogene Anämie, welche in der Besserung begriffen war, als eine schleichende Bauchfelltuberkulose mit Aszites und Oedemen einsetzte und hiedurch den Eindruck hervorrief, als verschlimmere sich das Krankheitsbild der Anämie, obwohl der Blutbefund selbst sich nicht verschlechterte. (Ausgang letal.)

Bei Fall V entwickelte sich eine hochgradige Anämie im Anschluß schwerer Magenblutungen. Da aber trotz Beseitigung der Ursache sich die Anämie und Prostration nicht besserte, wurde in der Annahme, daß hier sekundäre Degeneration an Magen- und Darmdrüsen eingetreten sei, zur Applikation von Nährklystieren und zu Magenspülungen geschritten mit dem Erfolge, daß sich erstens der Kranke subjektiv ungemein viel wohler fühlte und objektiv eine Besserung des Blutbefundes mit Steigerung des spezifischen Gewichtes auf 1040 (von 1025) eintrat, während das Körpergewicht sich von 63 auf 75 kg hob.

Auf Grund dieser und seiner früheren Beobachtungen hält Vf. sich für berechtigt, eine enterogene Entstehung perniziöser Anämien nicht mehr als Hypothese, sondern als erwiesene Tatsache zu betrachten, da einzig und allein eine rationelle intestinale Behandlung genügt, um das ganze schwere Symptomenbild, einschließlich aller histologischen Veränderungen der Blutzellen, zum Schwinden zu bringen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30 u. 31, 1904.) Laub.

Einiges über den Gebrauch des Morphiums bei Herzkranken. Von Karl Graßmann in München.

Ueber den Morphingebrauch bei Herzkranken sind bekanntlich die Anschauungen der Aerzte sehr geteilt. Es gibt eine große Zahl gut unterrichteter Aerzte, die sich scheuen, den in allen Qualen der allgemeinen Kreislaufstörung daliegenden Kranken durch eine Spritze Morphium das Leben erträglicher zu gestalten. Die Ursache liegt in den plötzlichen Todesfällen, die — allerdings sehr selten — nach Injektionen auftraten und so das Morphin bei einer Anzahl von Aerzten speziell bei der Behandlung Herzkranker um allen Kredit gebracht haben.

Während für die meisten der in der Herzbehandlung eine Rolle spielenden Stoffe, für jene der Digitalis-, der Koffein- oder der Kampfergruppe angehörenden, immer mehr nach der Aufstellung strengerer Indikationen gesucht wird, ist die Auffindung und sichere Begründung von Indikationen betreffs der Anwendung von Opiaten bei Herzkranken, wenigstens im Detail, noch durchaus eine in der Zukunft zu leistende Aufgabe.

O. Rosenbach gebührt entschieden das Verdienst, in seinem ausgezeichneten Buche über Herzkrankheiten und in zahlreichen Aufsätzen auf diese Frage hingewiesen zu haben und Vf. versucht auf Grund seiner Erfahrungen in der vorliegenden — im Detail sehr lesenswerten Arbeit — die Indikationen für den Gebrauch des Morphiums bei Herzkranken festzustellen.

Seine Darlegung gipfelt in folgenden Punkten:

Es besteht keine Berechtigung, das Morphium innerhalb der gebräuchlichsten therapeutischen Dosen als Herzgift anzusehen und deshalb seine Anwendung bei Herzkranken prinzipiell zu verwerfen.

Die plötzlichen Todesfälle, welche sich bei morphinisierten Herzkranken dann und wann ereignen, müssen im allgemeinen mit jenen in eine Linie gestellt werden, welche bei richtig geleiteten Chloroformnarkosen infolge von Herzlähmung eintreten. Ihre Ursache ist noch dunkel.

Die Anwendung des Morphiums bei Herzschwachen und Herzkranken, welche erheblichere Erkrankungen der Respirationsorgane, namentlich akuter Natur darbieten, sowie bei akuten Prozessen des Endo- und Myokards heischt Vorsicht.

Digitized by Google

Bei rein nervösen Herzstörungen, speziell bei nicht organisch bedingter Angina pectoris, kann Morphium unbedenklich — im Rahmen seiner allgemeinen Indikationen — gegeben werden.

Bei organisch basierter Angina pectoris, bei Stenokardie, sind kleine Morphiumdosen erlaubt, bezw. indiziert.

Für unbedingt indiziert erscheint Morphium für augenblickliche Hilfeleistung bei allen schwereren Anfällen von Asthma cardiale. Die Anwendung bei der chronischen Dyspnöe ambulanter Herzkranker ist nur beschränkt statthaft und ratsam.

Eine Indikation für Morphiumgebrauch besteht da, wo Digitalis und andere Herzmittel ihre Wirksamkeit nicht entfalten oder bereits ganz eingebüßt haben.

Eine wichtige Rolle spielt das Morphium als präparatorisches Mittel vor der Digitaliskur bei sehr erregten, schlaflosen und heruntergekommenen Herzkranken. In diesen Fällen genügt das Morphium direkt einer kausalen Indikation. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 28, 1904.)

Laub.

Ueber das arsenhaltige Wasser von Val-Sinestra und über seine Wirkung auf den Stoffwechsel. Von Dr. Max Henius, Assistent an der v. Noorden'schen Abteilung des Krankenhauses in Frankfurt a. M.

Vf. berichtet über eine Reihe von Versuchen und Stoffwechseluntersuchungen, die er mit dem Val Sinestra-Wasser angestellt hat; dasselbe kommt aus den Mineralquellen eines Seitentales des Engadins und zeichnet sich durch seinen Reichtum an Arsen aus. Nach Untersuchungen von Noordens ist der Arsengehalt einiger der bekanntesten Arsenquellen folgender:

0·001 g Acidum arsenicosum sind enthalten in

8	cm³	Roncegno-Wasser,
106	„	Wasser von Plombières,
115	„	Levico-Starkwasser,
165	„	Guberquelle,
1050	„	Levico-Schwachwasser.

Das Val-Sinestra-Wasser rangiert zwischen den beiden letztgenannten; es enthalten 221 cm³ des Wassers 0·001 g Acidum arsenicosum. (1000 cm³ davon enthalten 0·00453 g arsenige Säure ($A_2 O_3$), entsprechend 0·365 g Solutio Fowleri). In allen Fällen, über die Vf. berichtet, war ersichtlich, daß das Val-Sinestra-Wasser auf den Hämoglobingehalt eine vorzügliche Wirkung ausübt, und zwar nicht nur auf die chemischen Bestandteile, sondern auch, wie das ein Fall von lymphatischer Leukämie beweist, auf die morphologische Beschaffenheit des Blutes. Daneben hob sich das körperliche Wohlbefinden der Patienten ganz bedeutend. Vf. glaubt deshalb das Wasser zur Behandlung von Anämie angelegentlichst empfehlen zu können. Nach klinischen Beobachtungen und nach dem Resultat der Stoffwechseluntersuchungen bezeichnet er es als eine äußerst willkommene Bereicherung unseres Mineralquellenschatzes, es hat eine starke Wirkung auf Blutregeneration und Stoffwechsel, besitzt die angenehme Form eines prickelnden, erfrischenden, wohlschmeckenden Mineralwassers und wird ausnahmslos gut vertragen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26, 1904.) F. L.

Ueber das Wesen der Gicht und ihre Behandlung. Von Dr. Falkenstein.

Vf., selbst Gichtiker, ist durch eine Reihe von Erwägungen zu der Ansicht gekommen, daß die Gicht zurückzuführen ist auf eine Erkrankung der im Magen Salzsäure produzierenden Zellen. Schon vor ihm hat eine Anzahl namhafter Forscher darauf hingewiesen, daß eine eigenartige Dyspepsie teils langjähriger Vorläufer, teils steter Begleiter der Gicht ist und angenommen, daß die Verdauungsstörungen eine ursächliche Bedeutung für die Gicht haben könnten. Die oft bei der Gichtdyspepsie vorhandene Hyperazidität ist organischer Natur, und häufig fehlt es bei mäßiger Azidität an freier Salzsäure. Es mußte also nach der Annahme des Vfs. der Gichtkranke größere Mengen von Salzsäure nicht nur vertragen, sondern er mußte damit eine Reihe von Nahrungsmitteln, die ihm früher nicht bekamen, ohne Beschwerden verarbeiten, die Dyspepsie mußte aufhören, die An-

Digitized by Google

fälle sich mindern. Anderseits mußten, wenn freie HCl vorhanden war, Hyperaziditätsbeschwerden zum Einstellen der Kur nötigen.

Seit über zwei Jahren nahm Vf. täglich, ohne jemals zu pausieren, 40—60 Tropfen reiner Salzsäure, also 3—5 g, in CO_2 Wasser und konnte dabei üppige Mahlzeiten wie andere Menschen vertragen. Es kam zum völligen Schwinden der Dyspepsie, die Anfälle gaben sich nur in milden zeitweiligen Schmerzen kund und es trat eine Besserung und Frische ein, wie sie in seiner 23jährigen Leidenszeit ihm fremd geworden waren.

Einen Beweis für die Richtigkeit seiner Voraussetzungen findet Vf. einerseits darin, daß er bei Verabreichung von HCl bei einer Reihe von Patienten gleichfalls den günstigsten Einfluß und das Schwinden der dyspeptischen Symptome und der gichtischen Erscheinungen gesehen hat, anderseits in den Experimenten von Pfeiffer, der lokale Gichtanfälle erzeugen konnte, wenn er eine Aufschwemmung von reiner Harnsäure in 6%iger sterilisierter Kochsalzlösung in das Unterhautzellgewebe einspritzte, während die Einspritzung gar keine oder nur sehr geringe Reaktion zeigte, wenn die Versuchsperson mehrere Tage hintereinander vor dem Versuche 5—8 g Salzsäure in Wasser erhielt. Die Darreichung von Alkalien dagegen führte zu einer solchen Steigerung des Entzündungsprozesses, daß selbst unerträgliche Schmerzen entstanden.

Vf. glaubt, daß die Salzsäure mit der Harnsäure eine Verbindung eingeht, welche letztere leichter harnfähig und ausscheidbar macht. Zum Schlusse rät er, in Zukunft nicht zu versäumen, dem Magen bei Gicht Salzsäure in größerer Menge zuzuführen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3, 1904.) F. L.

Tannalbin bei Diarrhöen der Kinder. Von Dr. Dernidow.

Vf. hat eingehende Studien über die einschlägige Literatur und den therapeutischen Wert des Tannalbin gemacht und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Tannalbin ist ein vorzügliches Antidiarrhoikum bei gewöhnlichen Diarrhöen der Kinder (infolge von akutem oder chronischem Darmkatarrh, sowie von Dyspepsie). Bei Dysenterie und Cholera infantum ist es unwirksam.

2. Es gibt gute Resultate nur dann, wenn es in großen Dosen angewendet wird.

3. Die Anwendung des Tannalbin bei Diarrhöen der Kinder schließt den Gebrauch aller übrigen Behandlungsmethoden bezw. Medikamente nicht aus.

4. Das Tannalbin ruft selbst in großen Dosen und bei langandauerndem Gebrauch (zwei bis drei Wochen) auch nicht die geringsten unangenehmen Nebenwirkungen hervor.

5. Dank seiner Geschmacklosigkeit ist das Tannalbin ein für die Kinderpraxis geeignetes Präparat. (Es wird in einer Mischung mit Gerstenschleim, Bouillon oder Milch gegeben.) — (Deutsch. med. Ztg., Nr. 52, 1904.) F. L.

Ueber die Behandlung von Hämorrhoidalblutungen mittels rektaler Chlorkalziuminjektionen. Von Dr. J. Boas in Berlin.

Auf Grund mehrjähriger Erfahrungen glaubt sich Vf. zu der Behauptung berechtigt, daß in der Anwendung von rektal applizierten Cloralkalziumlösungen ein ausgezeichnetes und nur selten versagendes Mittel zur Beseitigung besonders chronischer und erschöpfender Hämorrhoidalblutungen gegeben ist. Es ist schon länger bekannt, daß den Kalksalzen eine spezifische Wirkung auf die Blutgerinnung zukommt und daß diese Wirkung in naher Beziehung zur Bildung des Fibrinfermentes steht. Auch in der inneren Medizin sind neuerdings von ausländischen Aerzten, besonders auch bei Magengeschwüren, rektale Injektionen von beiläufig 4·0 Chlorkalizium warm empfohlen worden. Vf. selbst hat bei Magenblutungen besonders auf maligner Basis keine wesentlichen Erfolge erzielen können, war dagegen sehr befriedigt von den sehr günstigen Erfolgen bei Hämorrhoidenblutungen. Die Technik der Injektionen ist sehr einfach. Man läßt von einer 10%igen wässerigen Lösung mittels einer kleinen gut geölten Mastdarmspritze 20 g

Digitized by Google

früh nach der Entleerung injizieren und die Flüssigkeit zurückhalten. Bei sehr schweren Blutungen wird auch abends vor dem Zubettegehen eine Einspritzung gegeben. Die Injektionen sind ganz schmerz- und reizlos. Vf. bringt kurze Krankengeschichten einiger Fälle, aus denen allerdings eine sehr günstige Beeinflussung klar hervorgeht. Außer den Hämorrhoidalblutungen hat er auch wiederholt $CaCl_2$-Injektionen bei Hämorrhoiden neben Mastdarmkarzinom, gemacht, mit entschiedenem, aber naturgemäß vorübergehendem Erfolg. Vollkommene Mißerfolge hat Vf. nicht gesehen. In Fällen, wo das Salz nicht in der chemisch reinsten Form angewandt wurde, traten Reizerscheinungen auf. Es empfiehlt sich also stets zu verordnen: Sol. Calcii chlorati cristall. purissim. Die Erfolge beziehen sich nur auf die Blutungen, die Knoten werden nicht beseitigt. Auch längere Zeit nach dem Aufhören der Blutungen sollen die Injektionen weiter gegeben werden. In schweren Fällen zirka vier Wochen täglich, später etwa zwei- bis dreimal wöchentlich. — (Die Ther. d. Gegenw., H. 7, 1904.) F. L.

Ueber Ursachen und Behandlung des Singultus. Von Dr. E. Reichmann in Berlin.

Der Singultus besteht in einem klonischen Krampf des Zwerchfells, welches sich rasch zuckend nach abwärts bewegt und hiebei im Thorax einen luftverdünnten Raum verursacht, in den die äußere Luft alsdann sofort einzudringen bestrebt ist. Durch dieses plötzliche Einströmen der äußeren Luft entsteht dann der bekannte laute Ton, von welchem die Erscheinung ihren Namen hat, und welcher wohl durch den raschen Schluß der Glottis, durch das momentane Aufeinanderschlagen der Stimmbänder bedingt wird, nach einer anderen Ansicht jedoch schon in der Mundhöhle entsteht, dadurch, daß die Zunge vom Gaumengewölbe plötzlich zurückweicht und die äußere Luft in den hiedurch bedingten leeren Raum sofort einströmt. Die Häufigkeit der einzelnen Kontraktionen ist verschieden und schwankt zwischen wenigen Zuckungen bis zu 40 und 46 in der Minute. Schmerzhafte Empfindungen sind in leichten Fällen mit dem Singultus nicht verbunden, bei heftigen Anfällen, langer Dauer des Leidens oder rascher Folge der Zuckungen kann es zu lebhaftem Schmerz kommen; in diesen schweren Fällen ist der Zustand ein sehr qualvoller und kann direkt lebensgefährlich werden.

Der Singultus kann, wie alle anderen Krampfformen, direkt und reflektorisch entstehen. Da es sich um klonischen Krampf des Zwerchfells handelt, so kommen also zunächst Erkrankungen der Diaphragma und der ihm anliegenden Organe in Betracht. Ohne daß eine Entzündung vorliegt, kann vom Magen aus durch zu schnelle oder zu starke Anfüllung desselben Singultus ausgelöst werden. Auch Wasser, zu schnell oder zu reichlich genossen, kann dieselbe Wirkung hervorbringen, besonders, wenn es etwas kalt getrunken wird oder wenn beim schnellen Schlucken etwas mehr Luft mit in den Magen gelangt ist. Von reflektorischen Ursachen sind besonders zu erwähnen: Peritonitis aus verschiedener Veranlassung, Unterleibstraumen, Affektionen von Abdominalorganen, der Prostata, der weiblichen Sexualorgane, Tumoren im Mediastinum, Aneurysmen, Cholelithiasis und Nephrolithiasis, besonders bei Einklemmung von Steinen u. a. m. Eine sehr häufige Ursache ist die Hysterie. Singultus tritt ferner auf als Folge von Gehirn- und Rückenmarksleiden.

Die Prognose richtet sich nach der Ursache und fällt mit der Prognose des Grundleidens zusammen.

Therapeutisch genügt bei den gewöhnlichen leichten Anfällen psychische Behandlung; Ablenkung der Aufmerksamkeit, Hypnose und Suggestion sind gegebenenfalls in Anwendung zu bringen; der schon von Plato und Hippokrates gekannte Nutzen des Niesens wird in letzter Zeit wieder betont. Außerdem kommen in Betracht: Faradisierung des N. phrenicus an seinem Halsteil, Digitalkompression des Phrenicus.

In medikamentöser Hinsicht in erster

Digitized by Google

Linie Narkotika, ferner Ammonium valerianicum, Sol. arsen. Fowl., Pilokarpin, Phenazetin, Strychnin, Castoreum, Secale etc., Karminativa, Darmentleerung. (Zeitschr. für ärztl. Fortbildung, Nr. 14, 1904.) F. L.

Die Anwendung der Bismutose bei Magendarmstörungen der Phthisiker. Von Dr. Franz Wehner, Chefarzt der Lungenheilstätte Naurod im Taunus.

Vf. sieht als Indikation für die Anwendung der Bismutose bei Phthisikern jene häufig sich wiederholenden Diarrhöen an, welche nach Art wahrer Enteritis tuberculosa auftretend, nicht den direkt deletären Charakter der letzteren zeigen. Von den Fällen mit rein akutem Charakter wurde ein sofort eintretender günstiger Erfolg hervorgehoben, wie er sich nicht nur durch Nachlassen der flüssigen Stühle, sondern auch der Leibschmerzen, des lästigen Aufstoßens, sowie des teilweise begleitenden Foetor ex ore angenehm zeigte. Nach der Erfahrung des Vf. soll unter allen Umständen auch bei den hartnäckigsten Fällen Bismutose, eventuell in Form eines Nährklysmas, versucht werden. Tritt der Erfolg langsam ein und ist andauernd, so darf die Vermutung auf Darmtuberkulose ohne weiteres als erschüttert zugegeben werden. — (Die Ther. d. Gegenw., Nr. 8, 1904.) F. L.

Ueber das Isopral, ein neues Hypnotikum. Von Dr. Arthur Muthmann, I. Assistent der Irrenanstalt zu Basel.

Das Isopral, Trichlorisopropylalkohol, ist ein dem Chloralhydrat nahestehendes Hypnotikum, das von den Farbenfabriken Bayer u. Komp. dargestellt wird. Es ist nach früheren Beobachtungen (Ransohoff) indiziert bei motorischer Unruhe, leichter Schlaflosigkeit, speziell auch bei depressiven Zuständen, mit etwas geringerer Aussicht auf Erfolg auch bei schmerzhaften Leiden. Bei heftigen Attacken und bei Schlafmittelsüchtigen, d. h. der schweren chronischen Schlaflosigkeit der Degenerierten, ist sein Effekt mehr oder weniger problematisch. Bemerkenswert ist die Herabsetzung der Pulsfrequenz (nach einer Stunde um 10 bis 20 Schläge in der Minute), sowie die Steigerung des Blutdrucks. Die Steigerung der Irregularität des Pulses nach größeren Dosen mahnt, solche bei erheblicher Herzschwäche nicht in Anwendung zu bringen. Die Normaldosis beträgt 1 g; die Darreichung in Lösung ist die zweckmäßigste, diejenige in Form von Kügelchen die bequemste.

Ein Vorzug vor anderen per os zu nehmenden Schlafmitteln besteht in der meist zu beobachtenden prompten und reinen Wirkung. Es ist ein Mittel, um dem normalen Schlafbedürfnis schnell zu seinem Rechte zu verhelfen. Bei leichter Schlaflosigkeit ist seine Wirkung vorzüglich; auch von schweren und schwersten Fällen kann nicht gesagt werden, daß vom Isopral weniger zu erwarten ist, als von den anderen Schlafmitteln, abgesehen von den subkutan zu verabfolgenden. Bei gesundem Herzen und Gefäßsystem kann ohne Bedenken die einmalige Dosis auf 3·0 g gesteigert werden. — (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 32, 1904.) F. L.

Diabetes insipidus, behandelt mit Strychnininjektionen. Von Dr. Bruno Leick.

Es handelt sich um einen 49jährigen, bis dahin gesunden Mann, bei dem im Anschluß an einen Sturz, der zu einer schweren Erschütterung des Nervensystems geführt hatte, sich das typische Bild des Diabetes insipidus entwickelt hatte. Unter dem Einfluß von Strychnininjektionen — im ganzen erhielt der Kranke in 20 Tagen 15 Injektionen von zusammen 0·0905 g Strychninum nitricum — erfolgte ein deutliches Herabgehen der Urinmenge von 8000 cm³ auf 3400 cm³. Als dann wegen auftretender Vergiftungserscheinungen die Injektionen ausgesetzt wurden, sank trotzdem die Harnmenge weiter, so daß schließlich durchschnittlich nur noch 2400 cm³ entleert wurden. Seitdem ist kein Rückfall eingetreten, aber das spezifische Gewicht ist unverändert ein niedriges geblieben. Gerade dieser Umstand spricht dafür, daß tatsächlich das Strychnin die Verminderung der Harnmenge herbeigeführt hat, denn wäre sie eingetreten infolge einer

Digitized by Google

Spontanheilung des Leidens, so wäre mit dem Sinken der Harnmenge ein Steigen des spezifischen Gewichtes zu erwarten gewesen. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 33, 1904.) F. L.

Physikalische Therapie.

Das Ruderbad. Von Prof. Dr. Gustav Gaertner.

Es gibt sicher kein vollwertiges Surrogat des Schwimmbades. Diese Tatsache sollte uns nicht daran hindern, wenigstens einen teilweisen Ersatz zu suchen. Das Schwimmbad selbst steht ja nur wenigen Menschen zur Verfügung, wenn sie es benötigen oder danach Verlangen tragen. Jeder gesunde Mensch kann schwimmend 15—30 Minuten lang in Wasser von 20° C. verweilen, ohne unter der Kälte zu leiden; in einem Wannenbade von 20° C. fühlt man sich nach wenigen Minuten höchst unbehaglich und es gehört sicherlich einiger Heroismus dazu, eine halbe Stunde darin auszuhalten. Die Ursachen dieser Verschiedenheit liegen offen zutage. Im Schwimmbad leisten wir Muskelarbeit, im Wannenbad nicht. Bei der Muskelarbeit wird als Nebenprodukt Wärme erzeugt, die größtenteils durch die Haut, teilweise auch durch die Lungen wieder abgegeben wird. Dabei strömt mehr Blut durch die Hautgefäße, die Haut wird wärmer, die Differenz zwischen ihrer Temperatur und der ihrer Umgebung größer und die dieser Differenz schritthaltende Wärmeabgabe wird ebenfalls vermehrt. Subjektiv macht sich diese vermehrte Wärmebildung und Abgabe bei der Arbeit als Wärmegefühl bemerkbar, welches zweifellos von den Endorganen der wärmeempfindenden Hautnerven ausgeht. Entgegengesetzt liegen die Verhältnisse im kalten Wannenbade. Die Wärmeabgabe ist wegen der besseren thermischen Leitungsfähigkeit selbst dann wesentlich gesteigert, wenn die Temperatur des Wassers höher ist, als die der Luft, in welcher wir uns mit schlecht leitenden Kleidern bedeckt, sonst bewegen. Die Wärmeregulierung tritt in Tätigkeit, indem der Blutstrom durch die Haut gedrosselt, die Temperatur der Haut erniedrigt, die Differenz zwischen Haut und umgebendem Medium verringert wird. Subjektiv tritt Kälteempfindung ein, die schließlich auch ein Wärmeregulierungsvorgang ist, indem sie uns veranlaßt, dem abnormen Zustand durch Enteilen aus dem Bade ein Ende zu bereiten.

Noch ein zweiter Unterschied zwischen kaltem Schwimmbad und kaltem Wannenbad verdient bemerkt zu werden. Beim Schwimmen bewegt sich unser Körper durch das Wasser. Der taktile Eindruck, welchen das Gleiten des Wassers über die Haut bedingt, ist angenehm. Er erhöht den Genuß des Bades, und zwar umsomehr, je kräftiger er ist, je rascher also das Wasser über den Körper oder der Körper durch das Wasser sich fortbewegt.

Ganz besonders erquickend wirkt diese Komponente, wenn Ruhe des Wassers mit intensiver Bewegung abwechselt und namentlich, wenn dabei ein zeitweiliges Ueberschütten der außerhalb des Wassers befindlichen Körperabschnitte erfolgt. Das Ideal des kalten Bades ist das Seebad bei Wellengang. Die Arbeitsleistung im kalten Bade muß nicht immer in Schwimmbewegungen zum Ausdruck kommen. Abgesehen von dem Stampfen und Zappeln, mit welchem sich Nichtschwimmer den längeren Aufenthalt im kalten Fluß- oder Seebade instinktiv ermöglichen, gibt es noch eine natürliche Form des kinetischen Bades, die kurze Erwähnung verdient, das Strombad — das Bad in reißendem Wasser (in Wien befindet sich ein solches am linken Donauufer). Auf Grund der angeführten Erfahrungen und Erwägungen hat Vf. den Versuch unternommen, im Wannenbad ähnliche Bedingungen zu schaffen, wie sie im Schwimm- oder Strombad gegeben sind.

Der notwendige Apparat besteht aus einem Brettchen von 25 cm Länge, 11 cm Breite und 1 cm Dicke, welches in der Mitte der beiden Schmalseiten zwei walzenförmige Handgriffe trägt. Ein Thermometer in der Mitte des Brettchens angebracht, ermöglicht die stete Beobachtung der Wassertemperatur. Mit dem Brettchen werden Ruderbewegungen aus-

Digitized by Google

geführt. Der Badende erfaßt es an den Handhaben, beugt sich vor und zieht es durch das Wasser hindurch an seine Brust. An der Arbeitsleistung sollen sich Rumpf-, Hüft- und Armmuskeln beteiligen. Solche Ruderbewegungen führt man in der Minute nicht mehr als 20—25 aus. Jeder einzelne Bewegungsakt erfolge „accelerando", der Anfang langsam, das Ende rascher. Die Vorderfläche des Brettchens steht am Beginn senkrecht, wird aber dann ein wenig nach aufwärts gewendet, um eine kleine Sturzwelle gegen Brust, Hals und Kopf zu schleudern. Das Zurückführen des Ruders in die Ausgangslage läßt Vf. ohne Widerstand durch die Luft hindurch ausführen. Damit wird einerseits die bei jeder Arbeit sehr angenehm empfundene Erholungsphase erzielt, anderseits wird die Wasserströmung, welche die Bewegung des Brettchens hervoruft, nicht gestört. Die kräftige Bewegung des Wassers bildet einen Vorzug dieser Badeform, welche sich mit dem Schwimm- und Strombade teilt. Die Bedeutung der Wasserströmung wurde in jüngster Zeit auch anderweitig erkannt. Es werden Badevorrichtungen angefertigt, in denen das Wasser mit Hilfe eines vom Motor bewegten Schaufelrades in Zirkulation gebracht wird. Die Temperatur des Bades wird von der Individualität des Badenden abhängig gemacht. Angenehm ist es, wenn das Wasser im Beginn nicht zu kalt ist. Sobald die Haut benetzt ist, kann man das Bad durch Zulauf kalten Wassers rasch auf den gewünschten Wärmegrad bringen. Das kalte Wasser soll, wenn möglich, am Boden des Fußendes einlaufen. Man kann es eventuell mit Hilfe eines Schlauches dahin leiten. Die Durchführung eines Ruderbades gestaltet sich in praxi wie folgt: Die Wanne wird zur Hälfte mit Wasser von 30° C. (24° R.) gefüllt. Der Badende setzt sich ins Bad, und zwar möglichst nahe dem Kopfende, um genügend Spielraum für die Bewegungen zu haben, ergreift das Ruderbrettchen und führt die beschriebenen Bewegungen aus. Jetzt läßt man kaltes Wasser in raschem Strome zufließen. Die Temperatur kann man bei gesunden, kräftigen Menschen auf 20° C. und darunter einstellen. Vf. selbst hat wiederholt bei 16° C. gebadet und 25 Minuten im Bade verweilt. Blutarmen und empfindlichen Menschen ist eine etwas höhere Temperatur und kürzere Badedauer zu empfehlen. Der subjektiv wahrnehmbare Effekt des Bades ist mit dem eines gleich temperierten Schwimmbades identisch. Im Bade selbst fehlt jede unangenehme Kälteempfindung. Nach dem Bade fühlt man sich auch bei sehr hoher Lufttemperatur viele Stunden lang erfrischt. Die Schweißsekretion ist unterbrochen. Das Bad regt den Appetit mächtig an und wirkt auch schlaffördernd. — (Blätter f. klin. Hydrother. Nr. 6, 1904.) Dr. Buxbaum.

Erfahrungen über Hydrotherapie bei 1000 Tuberkulösen. Von Dr. Desider Kuthi.

Welche sind die Hilfsmittel der Hydrotherapie, die in der Behandlung der Tuberkulose angewendet werden und wie stellten sich in empirischer Weise ihre Indikationen bei Behandlung der ersten tausend im Sanatorium in Budapest beobachteten Lungenkranken? Die am häufigsten angewendete Prozedur ist bei unseren außer Bett sich befindlichen Kranken das morgens in der Wasserheilanstalt des Sanatoriums verabreichte Halbbad; bei fieberhaft liegenden Kranken der zwei- bis dreistündlich gewechselte Stammumschlag und morgens die Teilwaschung. Von unseren 74 männlichen Kranken bekommen 30—50 täglich ein Halbbad, von den 50 weiblichen ungefähr die Hälfte; Teilwaschung bekommen an der Männerabteilung 5—20, auf der anderen 10—20 täglich.

Das Halbbad geben wir in an der inneren Fläche weiß angestrichenen Holzwanne, das Wasser reicht etwas über die Nabellinie (etwa 25 cm hoch) des sitzenden Kranken, der mit feuchter Haube versehen durch den Badediener von vorn und rückwärts begossen, dann im Wasser tüchtig durchgerieben und endlich, nachdem die Temperatur des Badewassers um 1—2° herabgesetzt wurde, wieder reichlich übergossen wird. Die gewöhnliche Dauer des Halbbades beträgt bei uns

Digitized by Google

3 Minuten. Bei der Durchreibung wird jede besondere Erschütterung des Brustkastens vermieden; die Temperatur des Wassers beträgt am ersten Tage 32° C., am zweiten 31° C., vom dritten bis zum fünften Tage 30° C., am sechsten bis siebenten Tage 29° C., von da ab 28° C. Diese Art wird von den schwächsten, anämischesten Kranken (nicht bettlägerigen) in der Regel gut vertragen, nur ausgesprochene neurasthenische Kranke sind gegen Temperaturen unter 30° empfindlich, reagieren darauf mit unruhigem Schlaf und gesteigerter Erregbarkeit. Sonst ist das Halbbad auch ein sehr gutes diätetisches Mittel, hebt den Appetit, verbessert den Stuhlgang (besonders wenn hohe Bauchübergüsse mit etwas kälterem Wasser gemacht werden), es ist ein mildes Tonnikum, bessert den Schlaf, hebt das Gemeingefühl und ist ein mildes, bei unseren Phthisikern bestbewährtes Abhärtungsmittel. Kranke, die uns später über ihr Befinden berichten, klagen nicht selten, daß sie in ihren ärmlichen Verhältnissen die oft viele Monate lang täglich erhaltenen Halbbäder schmerzlich vermissen müssen. (Die etwas besser Situierten werden beim Austreten stets angehalten, die Kur womöglich ambulant in irgendwelchen städtischen Anstalten fortzusetzen.)

Die Stammumschläge werden, wie ihr Name schon sagt, auf den Stamm appliziert, sie bestehen aus mehrfach zusammengelegten, mehr weniger ausgewundenen, von der Höhe der Achselhöhlen bis zur Symphyse reichenden Leintuchumschlägen. Wenn wir sie als kalmierende, beruhigende Prozeduren in Anspruch nehmen, was besonders bei Schlaflosigkeit oder bei manchen chronisch entzündlichen Schmerzen der Fall ist, so tauchen wir das Leintuch in ganz kaltes Wasser, bedecken ihn aber mit dem trockenen Tuche sehr sorgfältig, so daß unter dem Umschlag sich ein förmliches Dunstbad entwickeln soll und lassen die Umschläge vier Stunden und auch länger liegen. Sie bewähren sich in den meisten Fällen als Rubefacientia, Derivantia, beruhigende und, für die Nacht appliziert, als direkt narkotisch wirkende Mittel.

Diese Vorzüge sind auch maßgebend für die Anwendung der in den Sanatorien üblichen Kreuzbinden, welche nichts anderes darstellen als Prießnitz'sche Umschläge, welche sich auch auf die Schultern erstrecken und abends gegen ½10 Uhr angelegt, die ganze Nacht hindurch liegen bleiben.

Bis zum Morgen wird die Binde in der Regel trocken; wenn dies trotz guter Applikation nicht geschieht, so ist die Binde so lange wegzulassen, bis der Kranke durch Besserung seiner somatischen Verhältnisse eine bessere Wärmeproduktion erreicht hat. Wenn die Kreuzbinde nachtüber an der Brust gelegen ist, wirkt sie sicher lösend auf das Sekret, so daß die morgendliche Reinigung der Lunge ohne Hindernis vor sich geht; das schleimig-eitrige Sputum erscheint ohne den quälenden angestrengten Husten.

Die andere Art der Stammumschläge, mit welchen wir einen antithermischen Zweck verfolgen, wird mit feinerer Leinwand wenig ausgewunden appliziert und 2—1stündlich gewechselt. Dieses Vorgehen ist bei liegenden fiebernden Kranken von großem Werte. Ein Beispiel: D. L. wird mit einer Temperatur von 38·1 (Amylitude 1·5° C.) ins Bett gebracht, mit Stammumschlägen versehen, hat am anderen Tage ein Maximum von 37·5 und eine Amylitude von 1·0° C. Die Bettruhe und Anwendung von Stammumschlägen ist oft von viel größerem Wert als die energischeste antipyretische Behandlung. Einer unserer männlichen Kranken im dritten Stadium hat bei dreimal täglich 0·5 salizylsaurem Pyramidon selbst bei Tag nacheinander Temperaturen von 38·8—39·0—39·2—39·0° C. Wir geben ihn ins Bett (er war aus psychischen Gründen bis dahin außer Bett gelassen) und behandeln ihn nur mit Stammumschlägen; sein Temperaturmaximum beträgt noch am selben Tage 38·8°, am nächsten Tage 38·2, am dritten 38·0° C.

Ein in den Stammumschlag eingelegter Kühlschlauch auf das Herz appliziert steigert die antithermische und kardiotonische Wirkung des Umschlags, bei pleu-

Digitized by Google

ritischen Schmerzen gibt der entsprechend eingelegte Kühlapparat oder Eisschlauch dem Eingriff einen antiphlogistischen und anodynen Charakter.

Die Teilwaschung bildet den Uebergang zwischen den Teil- und Ganzprozeduren. Sie wird morgens ausgeführt. Der Patient hebt erst einen Arm von der Bedeckung heraus. Der Arm wird erst mit einem nassen Handtuch bedeckt und tüchtig abgerieben, nachher bis zur Rötung trocken gerieben und sofort unter die Decke gebracht. Es folgen darauf Abreibungen des anderen Armes, dann einzeln der beiden Beine, endlich des Rückens und der Brust. Diese Prozedur ist in der Behandlung von liegenden fiebernden Phthisikern unschätzbar, sie kräftigt, härtet ab, bessert den Appetit, ist dabei mäßig wärmeentziehend, bessert die periphere Zirkulation, wirkt milde exzitierend und ist diejenige Prozedur, welche das Schwitzen am besten bekämpft.

Als allgemein tonisierendes roborierendes Verfahren hat bisher in die Tuberkuloseheilanstalten nur die Dusche Eingang gefunden, offenbar darum, weil die Vorzüge der anderen Prozeduren nicht genügend bekannt sind. Eine fast dreijährige Erfahrung in unserer Anstalt beweist aber, daß die Dusche in den Hintergrund gedrängt wird, wenn man mit dem Instrumentarium der ganzen Hydrotherapie vertraut ist. Während von unseren 124 Kranken, wie wir sahen, 50 bis 60 Halbbäder bekommen, erhalten etwa 20—30 Fächerdusche und 3—4, meist hysterische Frauen, Regendusche.

Die kalte Regendusche, selbst mit geringem Druck gegeben, ruft auf dem ganzen Körper gleichzeitig einen intensiven Nervenreiz hervor, sie ist als solche ein gutes Tonikum, bessert die Herzaktion, hebt die Appetenz und den Stoffwechsel, sie ist ein gutes Mittel zur Abhärtung, ist ein mächtiger Respirationsreiz, also ein guter Ventilator für die Lunge, besonders durch die anfangs eintretende tiefe Inspiration; sie ist aber gleichzeitig ausgesprochen exzitierend. Sie wird daher von reizbaren Neurasthenikern schlecht vertragen, und da ein großer Teil der Kranken mit phthisischer Intoxikation und konsekutiver Anämie, an exzitativer Asthenia nervosa leidet, scheint die Tatsache gerechtfertigt, daß die Dusche in den Hintergrund gedrängt wird. Gut individualisiert, können wir zwar abgekühlte Regenduschen geben, so wie ich es schon vor Jahren proponiert habe (von 35° bis auf 15—10° C., abgekühlt durch 20 Sekunden), aber später lernte ich durch die Erfahrung in den mobilen kalten und schottischen Duschen solche Hilfsmittel kennen, welche in der Massenapplikation der Anstalt allen Erfordernissen entsprechen.

Die Duschen entziehen im allgemeinen weniger Wärme als die Bäder, damit aber die Störung der Wärmeökonomie bei unseren an konsumierender Krankheit leidenden anämischen Pfleglingen noch geringer sei, schicken wir der Fächerdusche die Winternitz'sche Dampfdusche voraus. Die Körperoberfläche erwärmt sich so und die nachfolgende kalte Brause entzieht nur diese an der Haut aufgestapelte Wärmemenge und es zeigt die Erfahrung, daß derartig applizierte, selbst im Winter naturkalte Duschen selbst von den anämischesten Phthisikern tadellos vertragen werden, wenn nicht die Duschen bei dem Falle überhaupt kontraindiziert sind.

Welche sind nun diese Kontraindikationen?

a) Die konstitutionelle Neurasthenie, erhöhte Reflexerregbarkeit, Reizbarkeit, Hyperästhesie, unruhiger Schlaf erfordern, daß man dem Kranken bis an das Ende der Behandlung nur Halbbäder reiche;

b) die Fieberneigung. Da von Mundhöhlentemperaturen die Rede ist, welche höher sind als die Achselhöhlentemperaturen, stelle ich die Grenze der Subfebrilität zwischen 37·6—38·0° C. noch für normal an. Dessenungeachtet leiten wir die Duschebehandlung nur bei solchen Phthisikern ein, welche nicht nur kleine Amylituden (um 0·5) aufweisen, sondern deren Maximum 37·0° C. nicht übersteigt. Halten wir uns an diese Regel und wir werden kaum jemals nach Einleitung der Duschebehandlung eine Perturbation des Temperaturganges erfahren.

Die letzte Kontraindikation bilden bei

Digitized by Google

ambulanten Kranken gegen die Applikation der Dusche die pleuralen Schmerzen.

Wir müssen auch der Fußduschen gedenken und kurz konstatieren, daß dieselben bei kongestiven Kopfschmerzen, Schwindel und Schlaflosigkeit bei solchen Kranken, die im Körpergewicht schon gebessert, ja phletorisch sind, ebensogut wirken, wie bei ähnlichen Erscheinungen nicht phthisischer Kranker.

Ein ähnliches Derivans bildet die sogenannte Wadenbinde. Ich halte die Herzkühlung für eine in der Phthiseotherapie wesentliche und wichtige Applikationsmethode. Erstens wirkt sie gegen die toxische Herzschwäche, dadurch bessere zentrale und periphere Zirkulation. So ist zu erklären, daß sie zweitens auch leichtere Temperatursteigerung beeinflußt, drittens setzt sie die toxisch-nervöse Tachykardie herab.

Bei Magenstörungen, besonders im Beginn der Phthise, ist der erwärmte Magenumschlag, in der Wiener Schule kurzweg „Winternitz" genannt, unser häufig verwendetes Hilfsmittel.

Das laue Halbbad von 35° C. und 10 Minuten Dauer bewährt sich häufig als Hypnotikum bei neurasthenischer Schlaflosigkeit. Man muß bei seiner Anwendung bei Patienten, welche zu Fieber neigen, vorsichtig sein, weil es den Temperaturgang leicht perturbiert. — (Blätter f. klin. Hydrother. Nr. 5, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Beitrag zur Behandlung der Zwerchfellverletzungen. Von Dr. Róna.

Die Verletzung des Zwerchfelles ist stets eine gefahrdrohende Erkrankung, und zwar nicht wegen der häufig vorhandenen Nebenerscheinungen der Lunge und der Abdominalorgane, sondern auch wegen der sich später entwickelnden Zwerchfellhernien, die meist tödlich verlaufen.

Vf. hat daher einen einschlägigen Fall sofort, nachdem Patient in das Spital eingeliefert wurde, der operativen Behandlung unterzogen. Es handelte sich um einen 15jährigen Burschen, der einen Messerstich in die Brust erhielt und bei dem durch die zwischen achter und neunter Rippe gelegene Wunde ein 8 cm langes Netzstück vorfiel.

Behufs Versorgung der Zwerchfellwunde wählte Vf. die transthorakale Methode; das Netzstück wurde reseziert und der Stumpf in die Bauchhöhle reponiert. Da die Besichtigung des Abdomens ergab, daß daselbst kein Organ verletzt war, nähte Vf. den oberen Teil der Zwerchfellwunde mit der Pleura parietalis zusammen, um auf diese Weise der späteren Bildung einer Hernie vorzubeugen. Drainage der Bauchhöhle. Fieberloser Verlauf. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 24, 1904.) E.

Klinische Beiträge zur Kenntnis der akut septischen Eiterungen der Sehnenscheiden der Hohlhand, besonders mit Rücksicht auf die Therapie. Von Dr. William Forssell.

Die septische Infektion der Sehnenscheiden der Hohlhand tritt gewöhnlich im Anschluß an Panaritien speziell des Daumens und des kleinen Fingers auf. Sowohl die radiale, als auch die ulnare Scheide der Hohlhand steht sehr häufig in direkter Kommunikation mit den Sehnenscheiden der Finger, so daß Infektionsstoffe aus den letzteren in die Hohlhand übergehen können. Da häufig anderseits auch die beiden Sehnenscheiden der Hohlhand miteinander in offener Verbindung stehen, wird man begreifen, in welch kurzer Zeit ein entzündlicher Prozeß vom kleinen Finger sich auf die Hohlhand und die übrigen Finger ausbreiten kann.

Das Krankheitsbild ist ein charakteristisches. Die Patienten haben heftige Schmerzen sowohl bei der Palpation als auch bei passiven und aktiven Bewegungen; die Finger werden in gebeugter Stellung unbeweglich gehalten; Schwellung der Hohlhand und häufig auch des Handrückens; Temperatur ist gewöhnlich erhöht. Die Krankheit hat einen sehr schlechten Ruf, weil sie sehr leicht zur Infektion der Knochen und der Gelenke führt, so daß manchmal die Ablatio der Hand notwendig wird.

Digitized by Google

Vf. hat die Beobachtung gemacht, daß die früher angewendete Therapie — Inzision der Sehnenscheide ober- und unterhalb des Ligamentum carpi — nicht immer zum Ziele führt. Das Ligamentum carpi übt auf das darunter liegende, geschwollene Sehnenpaket einen sehr intensiven Druck aus, welcher häufig durch die zur Ableitung der Sekrete nötigen Drains noch erhöht wird. Daher kommt es, daß häufig die Sehnen gerade unter dem Ligamentum carpi zu allererst der Nekrose verfallen; die Funktion der Extremität ist dann eine entsprechend schlechte. Vf. erzielte viel bessere Resultate, wenn er, ohne Rücksicht auf das Ligamentum carpi, die Sehnenscheiden in ihrer ganzen Länge nach gespalten und die Höhle mit Gaze locker ausgestopft hat. Die ulnare Scheide kann ohne jeden Schaden in ihrer ganzen Länge gespalten werden, bei Spaltung der radialen muß man auf die Schonung des Muskelastes, der vom N. medianus abgeht und die Thearmuskulatur versorgt, bedacht sein, da sonst schwere Funktionsstörungen von Seite des Daumens sich einstellen können. Durch Spaltung des Ligamentum carpi entsteht zwar ein Vorfall der Sehnen, welcher bei der Beugehaltung der Finger sich besonders geltend macht; wenn man aber — bei allmählichem Rückgang der entzündlichen Erscheinungen — die Hand und die Finger allmählich in Streckstellung und schließlich in Ueberstreckung überführt, legen sich die Sehnen wieder in ihr altes Bett und verwachsen hier. Trotz der langen Schnitte sind die Narben nicht störend; Sekundärnaht war nie nötig, es genügte, die Wundränder mit Heftpflasterstreifen aneinander zu nähern, um verhältnismäßig schöne Narben zu erzielen.

Eine wichtige Bedeutung schreibt Vf. der Prophylaxe zu. Da die meisten Eiterungen der Hohlhandsehnenscheiden sich an Panaritien des Daumens und des kleinen Fingers anschließen, sind diese, im Anfang häufig unscheinbaren Eiterungen, möglichst früh der chirurgischen Behandlung zuzuführen. Da die Haut an der Volarseite der Finger einen Widerstand bietet, bricht der Eiter nicht so leicht durch und breitet sich in der Tiefe auf Sehnen Periost und Knochen aus. Man darf daher nicht zu viel Zeit mit der Umschlagsbehandlung verlieren, sondern soll bald den Eiterherd an den Fingern ausgiebig spalten. Bei der Nachbehandlung muß darauf geachtet werden, daß der Eiter einen genügenden Abfluß hat, damit er nicht in die Tiefe dringt.

Ebenso vorsichtig müssen auch Verletzungen der Finger und der Hand behandelt werden, speziell wenn die Sehnenscheiden eröffnet oder die Sehnen durchtrennt sind. — (Nord. med. Arch., Bd. 36, H. 3 u. 4.) E.

Ueber Spätrezidive des Karzinoms. Von Prof. Jordan.

Während man früher dreijährige Rezidivfreiheit für Heilung hielt, sind die Gynäkologen bei der Beurteilung der Operation von Uteruskarzinomen bereits auf fünf Jahre gestiegen und nach den Beobachtungen des Vf. müßte die Grenze noch viel weiter hinausgeschoben werden. Er hält es sogar für sehr fraglich, ob es überhaupt wirkliche Heilungen von Karzinomen gibt.

Vf. hat nämlich 19 Jahre nach der operativen Heilung eines Zungenkarzinoms ein Lokalrezidiv beobachtet, das ebenfalls operiert wurde. Außerdem hat er einen Fall von operiertem Mammakarzinom beobachtet, bei welchem im Laufe von 15 Jahren nach der ersten Operation mehrere lokale Rezidive konstatiert und auch operiert wurden; die letzt operierten Tumoren saßen im Musculus pectoralis und in der Superaclariculargrube. Die Patientin hat sich, trotzdem sie also dauernd an Karzinom litt, stets wohl gefühlt.

Die Schnelligkeit, mit der das Rezidiv eintritt, hängt erstens von der Natur der Geschwulst und zweitens von der Menge der zurückgelassenen Keime ab. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 25, 1904.) E.

Ueber plastische Wanderlappen. Von Prof. Steinthal.

Die Methode, die Vf. in zwei Fällen mit gutem Resultat angewendet hat, eignet sich für diejenigen Fälle von Lappen-

Digitized by Google

plastik, bei welchen der zu deckende Substanzverlust zu weit weg vom Orte der Entnahme liegt. Vf. hat in solchen Fällen den Lappen daher an einer dem Defekte näher gelegenen Stelle anheilen lassen und erst von hier nach Durchtrennung des Stieles in einem weiteren Operationsakte den Lappen in seine definitive Lage gebracht. So ließ er einen zur Rhinoplastik aus der Brust entnommenen Lappen früher am unteren Ende des Vorderarmes anheilen und verpflanzte ihn von hier in den Nasendefekt. In einem zweiten Falle entnahm er einen großen Hautlappen aus dem Rumpfe behufs Deckung eines großen Substanzverlustes in der Kniekehle. Der Lappen wurde zuerst, nach entsprechender Fixierung der Extremität, an das gesunde und in einem späteren Operationsakte an das kranke Bein zur Anheilung gebracht. Die früher bestandene Kontraktur des Kniegelenkes, das vor der Plastik gestreckt wurde, kehrte nicht wieder und die Funktion blieb nach Jahren tadellos. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 25, 1904.) E.

Der erste Verband auf dem Schlachtfelde. Von Dr. W. J. van Stockum.

Das Verfahren, das Vf. während langer Jahre erprobt hat und das er zur Anwendung auf dem Schlachtfelde empfiehlt, hat den Vorzug, daß der Mann, der den ersten Verband anlegt, kein Chirurg zu sein braucht und daß keine Desinfektion des Patienten und der Hände nötig ist. Der Verbandstoff, der benützt wird, muß nicht steril sein und der Verband kann 20 Tage liegen bleiben, der Verwundete kann also den Transport vom Schlachtfeld bis in das Lazaret in einem Verbande durchmachen. Das Verfahren besteht darin, daß in die Wunde große Mengen Perubalsam gegossen werden und daß darüber ein einfacher aufsaugender Druckverband angelegt wird.

Die Resultate, die Vf. mit dieser Wundversorgung auf seiner Abteilung erzielte, müssen sehr gute genannt werden, indem bei komplizierten Frakturen Eiterung nur in 4·5% der Fälle auftrat, während auf Kliniken, in welchen nach streng antiseptischen Regeln behandelt wird, 17% Eiterungen beobachtet wurden.

Für Schußverletzungen mit kleiner Ein- und Ausschußöffnung empfiehlt sich die Einspritzung von Perubalsam in den Kanal. Natürlich darf eine solche Einspritzung nur von einer geübten Hand und mit einer sterilisierten Spritze vorgenommen werden. — (Zentralbl. für Chir. Nr. 26, 1904.) E.

Ueber Behandlung schwerer komplizierter Frakturen mit Aufklappung und temporärer Vorlagerung der Fragmente. Von Dr. Doberauer.

Die Erweiterung der Wunde und antiseptische Reinigung der verschiedenen Buchten und Taschen gibt bei der Behandlung komplizierter Frakturen häufig gute Resultate. Es gibt jedoch Fälle, die entweder in hochgradig infiziertem Zustand in ärztliche Behandlung kommen oder bei welchen die Quetschung und Verunreinigung der Weichteile eine so hochgradige ist, daß diese Methode keine Aussicht auf Erfolg bietet. Diese Fälle verfallen gewöhnlich der primären Amputation.

Vf. hat in fünf Fällen schwerster komplizierter Fraktur auf der Klinik Wölfler ein Verfahren angewendet, welches geeignet erscheint, die primäre Amputation zu verhindern und dem Patienten trotz der Schwere der Verletzung ein gebrauchsfähiges Glied zu erhalten.

Das Verfahren besteht darin, daß die gebrochenen Knochenenden nach ausgiebiger Erweiterung und Desinfektion der Wunde durch seitliche Abknickung der Extremität aus der Wunde vorgelagert und zur Diastase gebracht werden, so daß sie im Niveau der Hautwunde zu liegen kommen. Die Frakturstücke werden mit feuchter Gaze ausgelegt und die ganze Höhle locker ausgefüllt. Durch das Auseinanderklappen der Bruchenden werden die mechanischen Verhältnisse der Wunde ungemein übersichtilch und einfach, alle Taschen und Buchten werden offen, die Wundsekrete haben freien Abfluß und die Infektion wird gehemmt.

Tatsächlich geht nach einer solchen ausgiebigen Aufklappung das Fieber bald herunter und die Wunde reinigt sich. In dem Maße, als sich die Wunde reinigt, werden die Knochen langsam in ihre nor-

Digitized by Google

male Lage zurückgebracht, wo sie dann miteinander verwachsen.

Durch Nekrose der Knochenenden kann manchmal die Konsolidierung der Fraktur verhindert werden, die Nekrose ist aber nicht durch das Behandlungsverfahren verschuldet, sondern eine Folge der Quetschung, Infektion und Entblößung von Periost. Wenn man aber überlegt, daß die Methode nur in den schwersten Fällen, die sonst der primären Amputation anheimfallen, angewendet wird, wird eine Pseudarthrose, die durch eine Operation behoben werden kann, einen großen Erfolg gegenüber der Amputation der Extremität bedeuten.

Die leichteren Fälle (Durchstichfrakturen) werden auf der Klinik nach wie vor nach schonenderem Verfahren behandelt, nur die schwersten Fälle geben die Indikation für die Aufklappung der Knochen ab. — (Münch. med. Wochenschrift Nr. 30, 1904.) E.

Die „Choledochusfege". Von Prof. Kehr.

Die Entfernung von Gallensteinen aus dem untersten Teil des Choledochus stößt oft auf die größten Schwierigkeiten und es kommt häufig vor, daß trotz des genauesten Suchens mit der Sonde in den Buchten des erweiterten Ausführungsganges Steine liegen bleiben. In drei Fällen hat sich dem Vf. ein Verfahren bewährt, das er „Choledochusfege" nennt. Er entfernt die Gallenblase, spaltet den Zystikus und Choledochus und eröffnet dann, wenn die Steine von oben nicht gefaßt werden können, das Duodenum. Von hier aus wird die Papille gespalten und der Stein extrahiert. Nun führt er vom Darm aus eine Klemme in den Choledochus ein, zieht mit der Klemme einen Streifen feuchter Gaze durch den Choledochus durch und „fegt" auf diese Weise den Gang. Dabei kommen stets Bröckel und kleine Steine mit. Den Schluß der Operation bildet die Drainage der Gallenwege. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 28, 1904.) E.

Ueber offene Wundbehandlung nach Transplantationen. Von Dr. Brüning.

Auffallend gute Resultate sah Vf. bei Thiersch'schen Transplantationen, wenn er die aufgelegten Läppchen ohne jeden Verband ließ und sie so der Luft aussetzte. Bald nach der Transplantation sieht man zwischen den Läppchen Serum hervorsickern; wenn aber die Läppchen sich an der Unterlage befestigen, was schon nach einigen Stunden geschehen kann, sammelt sich das Serum in Tropfen unter den Läppchen und muß, wenn die Heilung nicht gestört werden soll, vorsichtig ausgepreßt werden.

Bei günstiger Lage der transplantierten Partie und ruhigem Verhalten des Patienten kann die Wunde bei Tag und Nacht offen liegen, sonst legt man für die Nacht einen Verband an. Die Lappen sind in acht Tagen vollständig angeheilt. Durch den Wegfall des Verbandes hört die bei der Thiersch'schen Transplantation so gefürchtete Mazeration der Läppchen auf. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 30, 1904.) E.

Die Entfernung der Urate und der Gelenkskapsel aus dem an Podagra erkrankten Großzehengelenke. Von Prof. Riedel.

Vf. berichtet über den günstigen Verlauf von zwei operierten Fällen echter Arthritis urica. Im ersteren Falle handelt es sich um einen 45jährigen Mann, der früher stets gesund war und noch einen Tag vor der Erkrankung eine Jagd mitgemacht hat. Er erkrankte plötzlich an Schmerzen in der großen Zehe; der ganze Fuß war blaurot und geschwollen; Temperatur 39°. Vf. hat in der Annahme, daß es sich um einen eiterig gewordenen Schleimbeutel, der mit dem Gelenke kommuniziert handelt, die Operation vorgeschlagen, er fand aber nach der Inzision keine Bursa, sondern eröffnete bei der Operation das exquisit gichtisch veränderte Gelenk. Große Mengen von Uraten lagen im Gelenk; dieselben wurden entfernt, die Gelenkskapsel wurde ebenfalls entfernt, um einer Neubildung von Uraten nach Möglichkeit vorzubeugen; Reinigung des Gelenkes. Die Wunde blieb offen. Im Anschluß an die Operation sank die Temperatur sofort herunter, die Schwellung ging zurück; die Heilung war in einigen Wochen vollendet und Patient blieb durch 15 Jahre völlig gesund.

Digitized by Google

Auf ähnliche Weise ging Vf. in einem zweiten Falle von Arthritis urica der großen Zehe bei einer 70jährigen Frau vor. Hier wurde außer der Gelenkskapsel noch ein mit Uraten ausgekleideter Schleimbeutel mit entfernt. Auch diese Patientin blieb bis zu ihrem achten Jahre später an Aortenstenose erfolgtem Tode von Gelenksschmerzen verschont.

Die Operation eignet sich hauptsächlich für Fälle, bei welchen ein Gelenk isoliert ergriffen ist; für die Fälle mit multiplen Gelenksschwellungen bleibt es bei der alten Therapie. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35, 1904.) E.

Zwei Fälle von akuter Pankreatitis mit disseminierter Fettnekrose, geheilt durch Laparatomie. Von Oberarzt Dr. Wiesinger.

Die Fälle von Fettgewebsnekrose, die auf chirurgischem Wege geheilt wurden, werden häufiger und auch Vf. ist in der Lage, zwei günstig verlaufene Fälle mitzuteilen. Beide Fälle verliefen unter den bekannten ileoperitonitischen Symptomen, die keine bestimmte Diagnose zuließen. Die Operation wurde am zweiten, resp. dritten Tage nach Beginn der Erkrankung ausgeführt. Die bei der Laparatomie gefundenen Fettgewebsnekrosen wiesen auf eine Erkrankung des Pankreas hin. Die im Bauch gefundene sanguinolente Flüssigkeit wurde entleert und die Gegend des Pankreas tamponiert.

In beiden Fällen gingen bereits am Tage nach der Operation Winde ab und das Erbrechen hörte sofort auf; die Patienten erholten sich recht schnell.

Wegen des schweren Kollapses, welcher bei der Fettgewebsnekrose stets am ersten oder zweiten Tage der Erkrankung auftritt, empfiehlt Vf. die Operation ohne Allgemeinnarkose einzuführen. Außerdem soll die Operation rasch ausgeführt werden, ohne an den Därmen viel herumzuarbeiten, damit der Kollaps nicht gesteigert wird.

Vf. hatte Gelegenheit, einen der operierten Fälle wegen einer Bauchhernie nach Jahren wieder zu laparatomieren. Die genaue Inspektion der Bauchhöhle ergab das vollständige Verschwinden der bei der ersten Operation ziemlich zahlreich vorhandenen Fettgewebsnekrosen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35, 1904.) E.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber die Bedeutung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge für die Erhaltung des Kindeslebens. Von H. Raschkow.

Vf. berichtet in obiger Arbeit über die weitere Existenz jener Kinder, welche, 66 an der Zahl, im Zeitraum 1880—1901 durch artifizielle Frühgeburten an der Kieler Frauenklinik gewonnen wurden. 10 Kinder (= 15·2%) kamen tot zur Welt, 12 (= 17·8%) starben vor ihrer Entlassung, 45 Kinder (= 67%) verließen lebend die Klinik, darunter befanden sich 20 Knaben (= 48%) und 25 Mädchen (= 52%). Einmal aus der Anstalt entlassen, war es ziemlich schwierig, die Kinder weiterhin in Evidenz zu halten und kann Vf. nur über 37 Weiteres berichten. Von diesen starben nur 6, und zwar 4 davon im ersten Lebensjahr. Unter letzteren eines an Lebensschwäche. Besonders zu bemerken wäre, daß der Tod eines der Kinder auf den unglücklichen Zufall zurückzuführen war, daß es im Eise einbrach und ertrank. Bezüglich der Zeit des Laufenlernens ergab sich keine Differenz gegenüber ausgetragenen Kindern. Sechs Kinder wurden von Rhachitis ergriffen, die Kinderkrankheiten machten alle durch. Mithin ist die Prognose der künstlichen Frühgeburt im allgemeinen als günstig zu bezeichnen, besonders dann, wenn die Kinder bereits eine gewisse Entwicklungsstufe erreicht haben. Vf. ist der Ansicht, daß sich die artifizielle Frühgeburt für mittlere Grade der Beckenenge eigne, wenn der Zeitraum bis zum rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft nicht zu groß sei. Dann ist sie im Interesse des Kindes zu empfehlen. Wird dieselbe jedoch vor der 35. Schwangerschaftswoche eingeleitet, so ist sie quoad finem der Perforation am normalen Ende der Gravidität nahezu gleichzustellen und

Digitized by Google

nur im Interesse der Mutter auszuführen. — (Inaugurations-Dissert., Kiel 1902.) Königstein.

Die Alkoholtherapie des Puerperalfiebers. Von Kantorowicz.

Vf. wendet sich in obiger Arbeit polemisierend hauptsächlich gegen Runges kasuistische Mitteilungen (Samml. klin. Vorträge Nr. 287, 1886 und Arch. f. Gynäk., Bd. 30 u. 33) und bestreitet die von demselben behauptete Wirksamkeit der Alkoholtherapie beim Puerperalfieber. Er führt die von Runge erzielten Erfolge nicht auf die Anwendung des Alkohols, sondern die Bäderbehandlung zurück und sieht in keinem der aufgezählten Fälle den Beweis erbracht, daß der Alkohol allein irgend eine nützliche Wirkung ausgeübt habe. Weder die Temperatur noch die Pulsfrequenz wurden herabgesetzt. Dagegen konnte man fast nach jedem Bade eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens feststellen. Die Temperatur fiel, der Appetit stieg. Vf. steht auf dem Standpunkt, daß die verabreichten großen Alkoholmengen direkt schädlich einwirken und führt die in den Krankengeschichten so häufig notierten Delirien, Somnolenzzustände und Erscheinungen von Gehirnreizung, sowie die hohen Zahlen der Pulsfrequenz nicht allein auf die septische Infektion, sondern auch zum Teil auf die Alkoholintoxikation zurück. Vf. vertritt die Ansicht, daß der Alkohol in großen Dosen auf den Körper im allgemeinen, speziell jedoch auf das bereits septisch verseuchte Blut giftig einwirke. Besonders das Herz werde in ungünstigem Sinne beeinflußt. Vf. kommt dann auf die von Martin publizierten diesbezüglichen 18 Fälle zu sprechen und glaubt, daß durch dieselbe eine günstige Beeinflussung des Puerperalfiebers durch interne Anwendung des Alkohols nichts weniger als erwiesen ist. Zum Schlusse glaubt er es nicht unerwähnt lassen zu dürfen, daß durch die Alkoholtherapie die Möglichkeit der Verführung zur Trunksucht gegeben ist. — (Die med. Woche Nr. 42, 1902.) Königstein.

Dermatologie.

Lichttherapie nach Prof. v. Tappeiner. Von Dozent Dr. Jessionek.

In den merkwürdigen und intensiven Wirkungen der photodynamischen (fluoreszierenden) Stoffe auf Protozoen, Enzyme, Toxine und gewisse Zellarten höherer Organismen lag die Aufforderung, diese Stoffe auch am Krankenbett auf eventuelle therapeutische Anwendung zu prüfen. Diesen Weg sehen wir zunächst J. einschlagen, der superfizielle Hautläsionen mit fluoreszierenden Lösungen bestrich und die Einwirkung des Lichtes auf ähnlich vorbehandelte Alterationen prüfte. Verwertet wurde das diffuse Tageslicht, Sonnenbäder (in glasgedeckten abgeschlossenen Räumen) und elektrisches Bogenlicht (220 Volt — 25 Ampère; die Patienten saßen mit schwarzen Brillen versehen um die Lampe derart herum, daß die Krankheitsherde ungefähr $1^1/_2$—2 m von dem Lichtbogen entfernt waren).

Von intensivster Einwirkung erwies sich stets das Sonnenlicht, dem die Kranken so viel und so lange ausgesetzt wurden, als sich dies nur bewerkstelligen ließ.

Um das Licht zu konzentrieren, wurden plankonvexe Linsen und Schusterkugeln zum Sammeln der Strahlen aufgestellt, zur Ausschaltung der Wärmewirkung der strahlenden Energie wurden die Sammelapparate mit einer Mischung von Kupfersulfat- und Pikrinsäurelösung gefüllt, welche das zur Aufpinselung verwendete Eosin (Tretrabromfluoreszein) am besten zur Fluoreszenz erregt. J. benützt wässerige Eosinlösungen verschiedenster Konzentration, 0·01—5·0%ig. Konzentrierte Lösungen erzeugen Schorfe, welche die weitere Lichteinwirkung und die Fluoreszenz stören, für die therapeutische Einwirkung genügen dünne Solutionen 0·1 bis 0·01% Eosin, da dieselben ohnehin durch Verdunstung am Integument konzentrierter werden. Bei Karzinomen wurden auch in die granulierende Gewebsmasse tropfenweise 0·1—0·01%ige Lösungen eingespritzt (Eosin in physiologischer Kochsalzlösung), ohne der Aufpinselung gegen-

Digitized by Google

über irgendwelche Vorteile zu gewähren. Ueber Nacht erhielten die Kranken Salben- oder Pulververbände.

Behandelt wurden neun Kranke mit karzinomatösen Krankheitsherden; es waren dies im Alter von 30—70 Jahren stehende Patienten, welche meist mehrere Wochen hindurch der Lichteinwirkung ausgesetzt wurden. In kuraktivem Sinne machten sich rasche Abstoßung zerfallener Kankroidmassen, reichliches Emporsprießen gesund erscheinender Granulationsrasen, Abflachung der infiltrierten Randzonen, Einsinken der neoplastischen Wucherung und rege Benarbung exulzerierter Läsionssegmente geltend. Ueber diese objektive Konstatierung geht J., den wir als nüchternen Beobachter schätzen, nicht hinaus. Um von dem leider nicht stets zur Verfügung stehenden Sonnenlicht Umgang nehmen zu können, hat J. in jüngster Zeit noch eine Bestrahlungslampe konstruiert, welche bei ihrer äußerst bequemen Gebrauchsweise und dem mäßigen Preise gewiß bald zu weitester Verbreitung gelangen wird. Es ist dies eine Bogenlichtlampe, welche an jede Beleuchtungsanlage angeschlossen werden kann und alle jene Uebelstände zu beseitgen geeignet ist, welche bei anderen Bestrahlungslampen die allgemeine praktische Verwendung unmöglich machen. Die Lampe liefert ein intensives konzentriertes Bogenlicht und kann sowohl mit Glas- als auch mit Quarzlinsen armiert verwendet werden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 19, 22, 23 u. 36, 1904.)

N.

Zur Eosin-Lichtbehandlung. Von G. F. Pick und K. Aschi.

Durch Jessioneks Versuche ermuntert, haben Vf. die Eosinlichtbehandlung bei einer weiteren Reihe von Hautkrankheiten zu verwerten getrachtet. Als Lichtquelle wurde nun das Sonnenlicht herangezogen, dem die Patienten so viel wie möglich im Freien exponiert wurden. Abweichend von der Anordnung Jessioneks entfiel die Anwendung von Sonnenbädern und elektrischen Lichtquellen. Als fluoreszierender Stoff diente eine 1%ige Lösung (in physiologischer Kochsalzsolution) von Eosin. Mit dieser 1%igen Eosinlösung wurden die kranken Partien gewöhnlich des Morgens zunächst einmal ausgiebig bepinselt und dann tagsüber, um das Eintrocknen zu verhindern, öfters mit sterilisierter physiologischer Kochsalzlösung angefeuchtet. Wo vor Einleitung dieser Behandlung an den Krankheitsherden eine größere Exulzeration und Exsudation an die freie Oberfläche mit Borkenbildung bestand, wurde bisweilen zuerst mit Salbenverbänden eine Reinigung der Oberfläche und Abstoßung der Krusten herbeigeführt, anderseits wurden auch regelmäßig über Nacht indifferente Salbenverbände verwendet, um die während der Eosinbehandlung selbst sich bildenden Krusten zu entfernen. Endlich wurde manchmal die Farbstofflösung direkt auch auf ausgedehntere, der deckenden Schichten entbehrende Granulationsflächen aufgestrichen. Behandelt wurden 12 Lupusfälle, 5 Trichophytiefälle, 3 Skrophulodermafälle, 1 Tuberculosis cutis- und 1 Ulcus rodens-Fall. Unangenehme Nebenerscheinungen waren in keinem Falle zu beobachten. Interkurrente Erysipelschübe, Blasenbildungen etc. waren teils in der Natur der Grundprozesse gelegen, teils auf Insolation zurückzuführen. Rätselhaft erscheint eine in zwei Fällen beobachtete, erst während dieser Behandlung aufgetretene intermittierende Albuminurie (bei Lupösen). Als Nutzeffekte machten sich Abflächung exulzerierter Plaques, raschere Benarbung exulzerierter Flächen und Einsinken der distinkten Knötchen geltend. Insgesamt Ergebnisse, welche in gleicher Weise durch alle, selbst indifferenten Maßnahmen zu erzielen sind. Möglicherweise wird die Eosinlichtbehandlung bei weiterer Vervollkommnung ihrer Technik und Anwendungsart noch andere Erfolge zeitigen, denn diese sind, wie es die Verfasser ja selbst zugeben, noch kaum geeignet, das neue Verfahren der Weiterempfehlung würdig erscheinen zu lassen. Nicht verläßlicher fielen die Ergebnisse bei Trichophytie aus; hier sollen die Herde rascher als sonst zur Involution gelangt sein. — (Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 37, 1904.)

N.

Digitized by Google

Vasenol, eine neue Arzneimittelgrundlage für Salben, Pasten und Injektionsflüssigkeiten. Von Dr. P. Thimm.

Dr. A. Koepp in Leipzig gelang es, ein neues Präparat herzustellen, das als emulgierbares Vaselin, resp. Vaselinöl durchaus frei von Fettsäuren und Alkalien ist. Das von ihm eingeschlagene Verfahren beruht darauf, daß den Vaselinen geringe Zusätze von sogenannten Fettalkoholen mitgegeben werden. Letztere, welche aus verschiedenen Wachsarten oder aus wachsartigen Bestandteilen einiger Fette gewonnen werden, sind äußerst beständige, teils amorphe, teils kristallinische Körper. Sie haben die Eigenschaft, zu wenig Prozenten in mineralischen Fetten oder Oelen gelöst, diesen eine ungemein große Rezeptionsfähigkeit für Wasser zu verleihen, bis zu mehreren hundert Prozent des eigenen Gewichtes. Hieraus ergibt sich zunächst die Anwendung des neuen Vehikels als Kühlsalbengrundlage. Außerdem wird man eine außergewöhnlich günstige Penetrations- und Resorptionswirkung von inkorporierten Arzneimitteln erwarten dürfen. So erscheinen diese Vaselinemulsionen nach Th. als ganz besonders geeignete und wirksame Arzneimittelträger zur äußerlichen Applikation von Medikamenten auf der Haut und ermöglichen durch ihre Emulgierbarkeit mit Wasser auch die Anwendung auf die Schleimhaut. Der Zusatz wasserlöslicher Arzneimittel geschieht leicht und einfach, da sie in dem emulgierten Wasser des Vehikels ohneweiters gelöst werden können. Am besten setzt man sie in entsprechender Konzentration als wässerige Lösungen zu. Auch mit wasserunlöslichen, pulverförmigen Medikamenten lassen sich überaus weiche, leicht verreibbare Salben und Pasten herstellen, desgleichen natürlich erst recht mit fettigen und öligen Substanzen.

Es gelangen als fertige Präparate in den Handel:

Vasenol, eine Vaselinemulsion mit 25% Wasser.

Vasenolum liquidum, eine rein weiße, ölige Paraffinemulsion von 33⅓% Wassergehalt.

Vasenolpuder, ein feines, weißes, gut haftendes Pulver mit 10% Vasenol, welches wegen seiner Wasseremulgierbarkeit einerseits und seiner fettartigen Beschaffenheit anderseits als ein gleichzeitig ebenso gut aufsaugender wie schützender Streupuder zu betrachten ist.

Das Präparat hat Th. bei den verschiedensten Dermatosen mit gutem Erfolge als bequemes, handliches, gut applizierbares Vehikel für Salben, Pasten, Crèmes mit Zusatz sämtlicher gebräuchlicher Medikamente in den üblichen Konzentrationen gebraucht.

Speziell soll das Vasenol als ebenso angenehmer wie reinlicher und wirkungsvoller Arzneimittelträger für Quecksilber empfohlen werden. Das Vasenolum liquidum kann als reizloses, aseptisches Suspensionsmittel für alle Applikationsformen in Anwendung gelangen, welche eine ölige liniment- oder emulsionartige Konsistenz erwünscht erscheinen lassen, z. B. als kalk- oder essigsaures Tonerdeliniment.

Zu subkutanen Injektionen hat Th. das Vasenolum liquidum als Suspensionsmittel für Quecksilber benützt.

Es bildet in der üblichen 10%igen Konzentration mit unlöslichen Hg.-Salzen so ausgezeichnete, fein verteilte, nicht körnige, homogene, durch Kochen sterilisierbare Suspensionen, wie sie mit Olivenöl oder Paraffinum liquidum auch nicht annähernd zu erreichen sind. — (Dermatolog. Zeitschr., Bd. 11, H. 8.) N.

Ueber Heftpflasterverbände. Von Dr. C. Philip.

Die Umständlichkeit der Unna'schen Zinkleimverbände hat denselben bisher stets den allgemeineren Eingang in die Praxis unmöglich gemacht. Zum Ersatz dessen ist Vf. zu dem längstvergessenen Baynton'schen Heftpflasterverband zurückgekehrt. Angewendet wird hiebei der Beiersdorf'sche Leukoplast, der bei der absoluten Reizlosigkeit unbeschadet längere Zeit hindurch getragen werden kann. Allein die Erfahrung zeigte, daß namentlich bei stärker sezernierenden Ulzera der vollkommene Abschluß durch das Pflaster nicht immer

Digitized by Google

vertragen wird, daher hat Vf. in der Absicht, einen Heftpflasterverband zu schaffen, der die Sekretion nicht zurückhält, von der Firma P. Beiersdorf & Co. Pflasterstreifen herstellen lassen, die in der Mitte einen von Pflastermasse freien, also nur aus durchlässigem Stoffe bestehenden Raum aufweisen, durch den das Ulkus seine Sekrete nach außen abgeben kann. Die Pflasterstreifen werden unterhalb des Ulkus beginnend, in dachziegelförmiger Anordnung unter starker Kompression bis zwei Finger oberhalb des Geschwüres angelegt. Dies erfolgt derart, daß über dem Geschwür der von Pflastermasse freie Teil des Streifens liegt, die Enden desselben jedoch sich auf der gegenüberliegenden Seite kreuzen. Der einfache Verband, der in wenigen Minuten angelegt werden kann, wird nach 3—6 Tagen erneuert. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol., 1904.) N.

Behandlung des Schweißfußes.

Dr. Bruch, Mainz, hat selbst bei hartnäckigen Fällen von Schweißfüßen mit der folgenden Behandlungsmethode vorzügliche Resultate erzielt: die Füße werden dreimal täglich mit kaltem Wasser abgerieben, anfangs auch mit Seife gewaschen, sodann mit einer Lösung von Acid. boric. pulv. 2 auf 100 g Spiritus dilutus befeuchtet. Den Spiritus läßt man an der Luft eintrocknen. Anfänglich wird die erste Applikation des Spiritus etwas schmerzhaft empfunden, allmählich kann man die Konzentration der Borsäure ohne Beschwerden bis zu 5% steigern.

Dr. Springer, Breslau.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Meine Methode zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe. Von C. Engelbreth.

Ueber diese Methode wurde bereits in diesen Blättern referiert. Den Kern derselben bildet nach des Autors eigenen Worten „die schichtweise Destruktion von Epithel und Gonokokken“. Das zweckmäßigste Mittel zur Erreichung derselben ist die Aetzung, deren oberflächliche Wirkung dadurch gesteigert wird, daß mehrere Aetzungen so schnell aufeinanderfolgen, als das destruierte Epithel abgestoßen wird. Das vorzüglichste Aetzmittel aber ist das fast allen empfohlenen Abortivmethoden eigentümliche Argentum nitricum, die Art der Anwendung sind Spülungen der Harnröhre nach Janet. In dieser Kombination liegt das Neue dieser Abortivbehandlung. Doch bringt sie nur bei der vom Autor als „epithelial“ bezeichneten Gonorrhöe Erfolge. Das charakteristische Merkmal der letzteren besteht in der fehlenden Inflammation des Orifiziums am ersten bis dritten Tage der Gonorrhöe. Noch scheint hiebei ein anderes Moment von Bedeutung, das ist die Trübung des Urins; es müsse zur Zeit, wo die Behandlung einsetzt, auch noch die erste Urinportion klar sein, darin sind allerdings als Krankheitszeichen Flocken suspendiert. Das ist das Ergebnis der zweiten, neuerdings vom Autor publizierten Reihe von Fällen, im ganzen 30, wovon 26 abortiv verliefen, d. h. in $^1/_2$—2 Tagen geheilt waren, während bloß in vier Fällen die Behandlung versagte. Dieses Versagen aber erkläre sich daraus, daß diese Fälle nicht mehr dem erwähnten Typus der epithelialen Gonorrhöe entsprachen, da in dreien der Fälle Inflammation des Orifiziums und Trübung des Urins vorhanden war. Im allgemeinen fand Vf. mit zwei Lapisausspülungen das Auslangen, zur ersten werden 600 g einer $^1/_2$%igen Lösung von 37° Wärme und 125 cm Druck verwendet, Orifizium und Fossa navicularis aber werden mit einer 3%igen Lösung gewaschen, die zweite Ausspülung mit $^1/_5$%iger Lösung folgt der ersten nach 4—6 Stunden und damit ist die Behandlung beendigt. Das liest sich so einfach und schön, als ob es wirklich so selbstverständlich wäre; dem ist aber nicht ganz so. Begreiflicherweise muß ein solcher Reiz auf der erkrankten Schleimhaut eine enorme Reaktion hervorrufen. Da liest man denn an anderer Stelle: Nach der Behandlung kommt etwas blutgefärbtes, seröses Sekret, das in einigen Tagen verschwindet, je nachdem das Epithel regeneriert wird. Die Strangurie schwindet in der Regel in vier bis acht

Digitized by Google

Tagen. Es ist daher wohl die (Abortiv-) Behandlung beendet, der Kranke aber nicht von Erscheinungen, und zwar ziemlich quälender Natur befreit. Für die abortiv verlaufenden Fälle gilt die Observationszeit von drei Wochen. Der Autor gibt seiner Methode die Epitheta „zuverlässig, schnell und ungefährlich". — (Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXXIX, H. 2.) D.

Kinderheilkunde.

Ueber die Ziegenmilch und ihre Verwendung bei kranken Säuglingen. Von Dr. Hermann Brüning.

Die Versuche wurden an dem elenden Material der Säuglingsabteilung der Leipziger Klinik angestellt, die erzielten Resultate können daher nicht kritiklos zur Beurteilung der Ernährungsmethode verwendet werden. Die Ziegenmilch wurde roh oder gekocht, unverdünnt und verdünnt, allein oder in Mischungen (Mehle) verwendet. Von den 50 Kindern stehen 11 noch in Behandlung, bei 39 ist die Versuchsreihe abgeschlossen; von diesen starben 22. Einige Kinder reagierten mit gehäuften Entleerungen und Verschlechterung ihres Befindens. Bei sieben waren die Resultate befriedigend. Meistens wurde die Ziegenmilch gerne genommen. Die Entleerungen waren fest, glaserkittartig; die Menge des entleerten Kotes war überaus reichlich. Oefters wurden die Kinder direkt an die gereinigten Euter der Tiere gelegt; die Stallziegen hielten ganz ruhig und auch die ganze Technik des Anlegens ließ sich leicht so leiten, daß die Kinder gefahrlos und zufriedenstellend angelegt werden konnten.

Bei Obduktionen verstorbener Kinder der Untersuchungsreihe ließ sich ein klumpiges Gerinnen der Ziegenmilch im Kindermagen konstatieren. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 60, H. 3.) Nrth.

Vorläufige Mitteilung über die Impfung unter rotem Lichte. Von Dr. Hugo Goldmann.

Entsprechend der Anregung Gärtners wurden die Impfungen in einer photographischen Dunkelkammer bei Rotlichtlampe vorgenommen und die Impfstellen sofort unter Einlegung von lichtempfindlichem Papier (zur Kontrolle) mit dichten roten Binden verbunden. Von 40 Kindern wurden 20 unter Rotlicht geimpft und bis zu drei Wochen mit dem uneröffneten Verbande belassen. Bei zehn wurde ein Arm unter Rotlicht, der andere bei Tageslicht geimpft, bei fünf Kindern blieb der Rotlichtverband nur zwei Tage liegen, bei fünf Kindern wurde erst drei Tage nach der Impfung der Verband angelegt.

Bei unter Rotlichtverband gehaltenen Impfpusteln, sei es, daß der Verband sofort oder erst nach drei Tagen angelegt wurde, ließen sich alle entzündlichen Erscheinungen, Eitrigwerden des Inhaltes, Schwellung und Rötung des Armes, Drüsenschwellung, vermissen. Wenn jedoch einige Tage nach der Impfung der Verband entfernt wurde, ließ sich keine Aenderung des gewöhnlichen Impfverlaufes konstatieren. Die Rotlichtimpfung hatte, wie nach wenigen Wochen vorgenommene Kontrollimpfungen zeigten, eine vollständige Immunisierung im Gefolge. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 36, 1904.) Nrth.

Pharmakologie und Toxikologie.

Der Anbau der Kokapflanze und die Fabrikation des Kokains in Peru. Von M. Nathan Lévy, Ingenieur (E. C. P.) in Lima (Pérou).

Das für den den Arzneischatz so wichtige Alkaloid Kokain stammt bekanntlich von Erythroxylon Coca, einer in Peru kultivierten Pflanze. Anbauungsversuche in Europa sind bisher noch ziemlich erfolglos geblieben, während die englische Regierung in Indien Kokaplantagen angelegt hat.

Die Gewinnung des Kokains geschieht aus frischen Blättern der Pflanze an Ort und Stelle. Wird die Extraktion bei getrockneten Blättern vorgenommen, so ist die Ausbeute eine bedeutend geringere. Die Darstellung geschieht in der bei Alkaloiden meistens üblichen Weise: die Blät-

Digitized by Google

ter werden zuerst mit einer Sodalösung durchtränkt, um das organisch gebundene Kokain in Freiheit zu setzen. Durch Ausschütteln mit Petrolbenzin geht die Base leicht und vollständig in den letzteren über. Nach Zusatz von Salzsäure läßt sich das Hydrochlorid in Wasser überführen, wodurch es durch Sodalösung als „Rohkokain" gefällt wird. Die weitere Verarbeitung findet dann in chemischen Fabriken Englands und Deutschlands statt.

Die Ausbeute ist je nach Provenienz sehr verschieden. Als Durchschnitt gilt 3 bis 4 g Kokain pro 1 kg Blätter.

Eine außerordentlich große Menge (300 Zentner) Kokablätter werden bereits im Heimatland konsumiert und zwar gekaut. Der Vorgang ist ähnlich dem Betelkauen und heißt dort Cacchar. Nach einer Chaccha bemißt sich die tägliche Arbeitseinteilung der dortigen Minenbevölkerung. Man kaut die Blätter mit Kalk vermengt, um das gebundene Kokain in Freiheit zu setzen. Indianer führen bei Kokagenuß Tagereisen aus, ohne Hunger und Durst zu verspüren. — (Rev. chim. pure et appl. 6, 213—218, 15. Mai 1904; Ztschr. f. ang. Chemie, 31, 1098, 1904.)

Dr. Springer-Breslau.

Tödliche Bromoformvergiftung. Von Dr. Roth, Stadtphysikus in Braunschweig.

Trotz der häufigen Anwendung des Bromoforms liegen einwandsfreie Beschreibungen von Vergiftungen bisher nicht vor. Es ist dies umso auffallender, als Bromoform einen ausgesprochen ätherisch-süßlichen Geschmack besitzt und ja fast ausschließlich in der Kinderpraxis benützt wird. Als maximale Einzeldosis gibt das D. A. B. IV. 0·5 g, als maximale Tagesdosis 1·5 g an. Für Kinder sind diese Dosen jedoch zu hoch gegriffen und gibt man das Bromoform am vorteilhaftesten in so viel Tropfen, als das betreffende Kind Jahre zählt, und zwar drei- bis fünfmal täglich. Ein dreijähriges Kind würde demnach 9 bis 15 Tropfen pro die erhalten. Ueber die letale Dosis ist etwas genaues noch nicht bekannt, der Vf. vorliegender Arbeit nimmt eine individuelle Disposition an.

Im vorliegenden Falle hatte ein 5jähriger Knabe etwa 5 g Bromoform mit Wasser gemischt, den kleineren Teil einem Mädchen gegeben, den größeren selbst eingenommen. Das Mädchen konnte durch Exzitantien, Magenausspülung und künstliche Respiration gerettet werden, während der Knabe sehr bald starb.

Bei der Sektion wurde neben deutlichem Bromoformgeruche im Magen, Dünndarm, Gehirn, Leber, Nieren, Herz und Lungen besonders eine auffallend dünnflüssige Beschaffenheit des Blutes festgestellt, ferner starke Hyperämie des Gehirns, der Leber, der Nieren, des Magens und Dünndarms. Die chemische Untersuchung stellte in allen genannten Organen erhebliche Mengen von Bromoform fest. Im übrigen alle Erscheinungen einer Chloroformvergiftung. — (Ztschr. f. med. Beamte, Nr. 8, 1904.)

Dr. Springer-Breslau.

Ueber Lysolvergiftungen und ihre Vermeidung.

In dem Lysol besitzen wir ein zweifellos vorzügliches Antiseptikum. Der Beweis hiefür ist der außerordentlich große Verbrauch in gewerblichen Betrieben, durch Hebammen und im Hause. Leider haben sich aber mit dem gesteigerten Konsum die Vergiftungen in erschreckender Weise vermehrt, woran wohl zum großen Teile der Umstand schuld ist, daß der Liquor Cresoli saponatus des Arzneibuches sowohl, wie das Lysol dem freien Verkehr überlassen sind. Auch die für Lysol üblichen Flaschen, die denen für dünne Fruchtmarmeladen etc. sehr ähneln, sind geeignet, Verwechslungen herbeizuführen. Aber nicht nur per os genommen wirkt Lysol giftig, auch bei lokaler Anwendung auf der Haut sind Nekrosen und Gangrän, ähnlich wie bei der Karbolsäure, beobachtet worden. In einem Falle wurde sogar infolge einer Uterusdusche mit einer 10%igen Lysollösung ein tödlicher Ausgang herbeigeführt. Trotz der vorzüglichen Eigenschaften ist das Lysol also unbedingt als „Gift" anzusprechen.

Zur Behandlung von Lysolvergiftungen per os ist das beste Mittel die Magen-

Digitized by Google

spülung. Ist das Lysol bereits in den Darm eingetreten, so ist dasselbe durch Abführmittel und durch hohe Eingießungen zu entfernen. Möglichst vollständige Entfernung des Lysols aus Magen und Darm ist Haupterfordernis. Bedrohliche Erscheinungen des Herzens sind durch Analeptika (Wein, Kaffee, Kampfer, Koffein u. s. w.) zu beseitigen. Da ferner das Lysol die Nieren reizt, so ist eine reichliche Zufuhr von Getränken, wie heißem Tee, Limonade, Wildunger Wasser etc. erforderlich. — (Pharm.-Ztg., S. 61 u. 638, 1904.)

Dr. Springer-Breslau.

Darstellung einer Säuglingsnahrung aus Kuhmilch.

Zuerst wird durch Zentrifugieren der Rahm von der Magermilch getrennt, dann schüttet man zur Magermilch so viel Wasser und Milchzucker, bis der Gehalt an Eiweiß, Zucker und Salzen demjenigen der Muttermilch ziemlich gleich ist. Das vorhandene Eiweiß der Kuhmilch hat aber nicht die gleiche Zusammensetzung, wie das der Muttermilch, indem weniger gelöste (Albumin) und mehr gequollene Eiweißstoffe (Kasein) vorhanden sind. Um diese Differenz zu beseitigen, löst man durch Anwendung von eiweißlösenden Fermenten, wie Papayotin oder dergleichen Kasein, bis nach etwa 50 Minuten genügend Albumin in der Milch vorhanden ist. Der so verdünnten und peptonisierten Milch wird dann der Rahm wieder hinzugefügt. — (D. R. P. Nr. 152, 983 von F. Baumann in Flensburg, durch Pharm.-Ztg., S. 578, 1904.)

Dr. Springer-Breslau.

Die Akremninseife und ihre Verwertbarkeit zur Assanierung von Blei, Quecksilber u. s. w. verarbeitenden Betrieben. Von Dr. Otto Merkens.

Die Versuche des Vfs. haben zu gleich günstigem Resultate geführt, wie die von Blum (Wien. med. Wochenschr.) und von Umbach (Chem. Ztg.), über die gleichfalls an dieser Stelle berichtet worden ist. Die Seife ist bei richtiger Aufbewahrung unbegrenzt haltbar. Andernfalls wird die Seife durch Ausscheidung von Schwefel und Hellfärbung schon äußerlich als unwirksam kenntlich.

Die Versuche des Vfs. beziehen sich auf Maler, Weißbinder, Arbeiter aus Bleiweißfabriken und Schriftsetzer, soweit Blei in Betracht kommt, und auf Arbeiter von Filzfabriken, Sprengstoff- und Knallquecksilberfabriken für Quecksilber. Durchweg waren die Erfolge positive. Ein anfängliches Widerstreben gegen die Prozedur, bei der natürlicherweise durch die Abscheidung von Bleisulfid, bezw. Quecksilbersulfid Braunfärbung der Hände eintritt, konnte durch richtige Belehrung über die Gefahren bei Unterlassung richtiger Reinigung überwunden werden. — (Chem.-Ztg., S. 655, 1904.)

Dr. Springer-Breslau.

Giftmord und Giftgesetz. Von Paul Lohmann, Gerichtschemiker in Berlin.

Der Vf., der durch seine amtliche Tätigkeit, speziell auf toxikologisch-forensischem Gebiete große Erfahrung besitzt, hat wie alle Sachverständigen die Beobachtung gemacht, daß die Mengen Gift, welche in unberufene Hände geraten, ganz kolossale sind. Ganz abgesehen von den heftigen Giften, die zur Ausübung gewisser Berufe erforderlich sind, wie z. B. Cyankalium für Photographen, kommen auf Umwegen ungeheure Mengen von Giften in die Hände von Leuten, die durchaus keine Berechtigung dazu besitzen und die sich über die Vehemenz und Wirkung gar nicht im klaren sind.

So erzählt Lohmann von einem Falle, bei dessen gerichtlicher Erledigung die Tatsache ans Licht kam, daß eine unverschlossene Zigarrenkiste mit Arsenik gefüllt, monatelang auf einem Kleiderspind in der Wohnstube der Familie gestanden habe. Dagegen klingt die Angabe eines anderen Angeklagten, der sich als Buchhalter einer Glashütte eine Kleinigkeit — es war ein 50 g-Fläschchen voll — Arsenik angeeignet hatte, ja noch recht bescheiden.

Daß bei Anwendung derartig großer Mengen Gift, mit denen Hunderte hätten zugrunde gerichtet werden können, der Nachweis auf keinerlei Schwierigkeiten

Digitized by Google

stößt, ist ja selbstverständlich. Weniger klar ist mir ein anderer Fall aus der Praxis des Vf.: Die Auffindung der alkaloidischen Gifte macht bekanntlich, zumal wenn die Leiche schon einige Zeit gelegen hat, bedenkliche Schwierigkeiten. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine Kindesleiche, bei der ärztlicherseits Vergiftung durch Morphium diagnostiziert wurde. Die Diagnose basierte auf einem Ausspruch von Kindern, die gesehen haben wollten, wie die angeklagte Mutter ein Pulver aus einer Schachtel dem Kinde in die Milch geschüttet hatte. Die Leiche wurde erst drei Wochen nach dem Tode eingeliefert, so daß Morphium sich nicht nachweisen ließ. Dagegen gelang der Nachweis von Wismut, woraufhin der Experte sein Urteil dahin abgab, daß Morphium zwar nicht nachweisbar ist, jedoch der mit Sicherheit gelungene Nachweis von Wismut deute darauf hin, daß tatsächlich eine Morphiumvergiftung vorliegt, denn erfahrungsgemäß wird Wismut als basisches Nitrat oft in Kombination mit Morphium verordnet!!

Wenn auch durch die staatsanwaltschaftlichen Recherchen tatsächlich Morphium-Wismutpulver gefunden wurden, so scheint mir die Schlußfolgerung des Vf. doch außerordentlich gewagt. — (Pharm.-Ztg., S. 519, 1904.)

Dr. Springer-Breslau.

Ueber ein sauerstoff- und phosphorhaltiges Nährpräparat (Neurol). Von Dr. James Silberstein.

Für das Nervensystem spielt der Phosphor die Rolle eines Indikators für die Stoffwechselvorgänge. Zahlreiche Versuche haben ja mit größter Sicherheit dargetan, daß bei erhöhter Tätigkeit des Nervensystems mehr Phosphor ausgeschieden wird. Die Erschöpfung des Gehirns nach Ueberanstrengung wird vielfach als Verarmung an Phosphor aufgefaßt.

Die Phosphorzufuhr geschieht am besten durch die sirupöse, mit Wasser mischbare Unterphosphorsäure, die leicht resorbiert wird und daher auch in der Tat den wichtigsten Bestandteil der meisten, in neuerer Zeit empfohlenen Phosphorsirupe bildet. Das unter dem Namen „Neurol" in den Handel gebrachte Präparat ist ein Gemenge von Unterphosphorsäure, Magnesiumsuperoxyd, Eisenzucker, Vanillin und Kakao. Außerdem soll das Präparat noch 10—15% Ozon enthalten. (? der Referent.)

Das Präparat ist gut haltbar und wird kaffeelöffelweise, selbst kleinsten Kindern gegeben und gut vertragen. Das Neurol ist indiziert bei Erschöpfungszuständen des Nervensystems infolge Ueberanstrengung desselben, bei Neurasthenie, Rhachitis, Anämie primärer und sekundärer Natur. — (Deutsche Med.-Ztg., S. 61 u. 681, 1904.) Dr. Springer-Breslau.

Ueber Vergiftung mit Kali chloricum. Von Dr. Otto Meier, Bant in Oldenburg.

Gerade eben, zu einer Zeit, wo die Toxikologie des Kal. chloricum besonders aktuell ist, erscheint diese ausführliche und mit größtem Fleiß verfaßte Arbeit, gewissermaßen eine Monographie der Kali chloricum-Vergiftung, zu gelegener Zeit. Ist auch das chlorsaure Kali heute zu einem großen Teile durch das Diphtheriheilserum verdrängt, so hört man doch noch allenthalben von Vergiftungserscheinungen, die zu größter Vorsicht mahnen. Zum Zwecke des Giftmordes ist das Salz bisher noch nicht verwandt worden, wohl aber zum Selbstmord. Die hiebei zur Anwendung gelangten Mengen sind allerdings außerordentlich große, bis 150 g. Der Tod trat meistens erst nach einem ganzen Tage ein, in einem Falle sogar bei einem 21jährigen Dienstmädchen nach Genuß von 35 g Kali chloricum erst nach 10 Tagen. Bei Arbeitern in Industriezweigen, die chlorsaures Kali verarbeiten, also in der Feuerwerkerei und Zündholzfabrikation, werden wohl öfters allgemeine Ernährungsstörungen, Dyspepsie und bronchitische Erscheinungen beobachtet, doch ist es fraglich, ob diese Symptome nicht durch andere, hiebei in Verwendung kommende Substanzen verursacht werden. Eine sichere, chronische Kali chloricum-Intoxikation ist also bisher noch nicht erbracht. Die häufigsten Vergiftungen mit chlor-

Digitized by Google

saurem Kali sind wohl zweifellos medizinale. Neuerdings ist ja durch die häufig beobachteten Intoxikationserscheinungen die interne Anwendung stark zurückgegangen. Aber zweifellos sind zahlreiche Fälle von Diphtheritis, die in der Literatur mit unerklärlichem tötlichen Ausgange beschrieben werden, auf Vergiftung mit chlorsaurem Salz zurückzuführen. Nicht nur durch interne Medikation des Salzes können Intoxikationen hervorgerufen werden, sondern auch durch die Einwirkung desselben auf die erkrankten Schleimhäute des Pharynx und Larynx, besonders wenn längere Zeit mit dem Mittel intensiv gegurgelt wurde, da bei dieser Prozedur immer geringe Mengen mit heruntergeschluckt werden. Auch Verwechslungen durch das Publikum mit Karlsbader, Glauber- oder Bittersalz sind häufig. Schließlich wird das chlorsaure Kali auch als Abortivum angewandt und gibt daher zu Intoxikationserscheinungen oftmals Anlaß.

Tierversuche haben gezeigt, daß Kohlensäure, saure Phosphate, Erkrankungen der Niere und nüchterner Magen die Zersetzung des Blutes durch Kaliumchlorat enorm beschleunigen. Als letale Dosis werden bei Kindern 5—6 g, bei Erwachsenen 15 g bezeichnet, jedoch wurden schon tödliche Vergiftungen mit kleineren Dosen und mit Heilung verlaufende Fälle von größeren Dosen beobachtet. Es scheint also auch hier eine besondere Disposition mitzuspielen.

Die Symptome der akuten Vergiftung sind Schmerzen im Unterleib, hartnäckiges Erbrechen, profuse Diarrhöe, dann starker Durst, Kollapserscheinungen, epileptische Konvulsionen und starke Kontraktionen der Extremitäten. Dann eine typische blau-graue Verfärbung der Haut, besonders der Lippen und des Zungengrundes. Unter starker Cyanose exitus letalis in wenigen Stunden. Mortalität 70%. Die Vergiftungserscheinungen beruhen auf einer Zerklüftung und Zerfall der roten Blutkörperchen, und Umwandlung des Hämoglobins in Methämoglobin.

Trotz häufigen Drängens nur wenig Urin, zuletzt sogar totale Anurie. Der Harn ist dunkel und undurchsichtig, stark eiweißhaltig.

Die Vergiftungerscheinungen werden zweifellos hervorgerufen durch die Chlorsäure, nicht aber durch das Kalium, da dieselbe Wirkung durch die entsprechende Natriumverbindung sogar in noch erhöhtem Maße ausgelöst wird.

Für die Diagnose sind die charakteristischen Verfärbungen der Haut und des Urins, und die spektroskopische und mikroskopische Untersuchung des Blutes von Wichtigkeit. Therapie: ausgiebige Magenspülung, Diuretika, Infusion physiologischer Kochsalzlösung, Exzitantien. Für den Sektionsbefund ist auf die Verfärbung des Blutes, das meistens dunkelbraun ist, auf die graue Farbe der Haut, wie überhaupt auf die Verfärbung der sämtlichen inneren Organe zu achten. Die Sektion ist jedoch möglichst bald post mortem vorzunehmen, da, besonders in der warmen Jahreszeit, leicht eine Rückbildung des Methämoglobins stattfindet. Besonders noch charakteristisch für die Kal. chloricum-Vergiftung ist eine dunkelbraune bis schwärzliche Strichelung auf der Schnittfläche der mittelgroßen Nieren.

Der Nachweis des Giftes auf chemischem Wege ist verhältnismäßig leicht zu führen: der Harn, in dem man $^9/_{10}$ des eingeführten Giftes wiederfindet, gibt auf Zusatz von verdünnter, schwefelsaurer Indigolösung bis zur Blaufärbung und tropfenweise Zugabe von schwefliger Säure Entfärbung. Die Zersetzung des chlorsauren Kalis geht jedoch bei längerem Kontakt mit organischen Massen, namentlich in der Wärme, sehr schnell vor sich, worauf natürlich besonders zu achten ist. — Der Vf. empfiehlt daher, das Kal. chloricum, namentlich bei Kindern, nur mit größter Vorsicht zu geben, da es eine, innerlich wie äußerlich angewandt, durchaus nicht indifferente Substanz ist. Dann aber, wenn auch nicht völlig aus der Pharmakopöe zu verbannen, doch auf eine Aufnahme in das Verzeichnis C zu dringen, so daß es nur in Apotheken gegen Rezept abgegeben werden darf. — (Deutsche Mediz.-Ztg., pag. 721 ff., 1904.)

Dr. Springer-Breslau.

Digitized by Google

Künstlicher (synthetischer) Perubalsam. Von Dr. F. Evers in Düsseldorf.

Die Darstellung des offizinellen Perubalsams geschieht großenteils in Zentralamerika durch Indianer, woraus sich die Verschiedenheit der Handelssorten ohneweiters erklären läßt. Der Perubalsam ist daher nach wie vor ein Schmerzenskind aller Pharmakopöen. Im Perubalsam sowohl, wie im Styrax sind die wirksamen Bestandteile Benzoe- und Zimtsäureester, eine Anwendung der Ester in reinem Zustande scheiterte jedoch an dem Umstand, daß sie sehr unangenehme Hautreize hervorriefen.

Es ist nun möglich, dem gereinigten Styrax durch Zusatz von Zimtsäure- oder Benzoesäureester die wertvollen Eigenschaften des Perubalsams zu verleihen, anderseits kann man — und dies ist eben das patentamtlich geschützte Verfahren — durch geeignete Wahl von aromatischen Gummiharzen oder zähflüssigen Balsamen in Verbindung mit aromatischen Estern einen Balsam herstellen, der sich nach Erhitzen auf 60—80° C. in keiner Weise, weder chemisch noch physikalisch, vom echten, natürlichen Perubalsam unterscheidet. Dieser synthetische Balsam hält auch sämtliche Proben des deutschen Arznei-Buches IV. — (Pharm.-Ztg., S. 524, 1904.) Dr. Springer-Breslau.

II. Diagnostik.

a) Herz und Blutgefäße.

Ueber experimentelle Aorteninsuffizienz. Von Prof. Luigi Ferrannini.

Das für die Diagnostik wichtige Ergebnis der Arbeit betrifft die zeitlichen Beziehungen zwischen Geräusch und zweitem Ton bei Aorteninsuffizienz, da sich eine akustische Skala entsprechend einer Serie progressiv zunehmender Läsionen konstruieren läßt. Die akustische Skala beginnt mit dem einfachen, unreinen, diastolischen Aortenton und endet mit dem den Ton völlig ersetzenden diastolischen Geräusch; die Zwischenstufen spielen Fälle mit Ton und Geräusch, das immer den letzten Teil des Tones verstümmelt, und zwar umsomehr, je ausgedehnter die anatomische Veränderung ist. Das Geräusch der Aorteninsuffizienz ist niemals telediastolisch (wichtig gegenüber der Mitralstenose!) und kann auch niemals einfach protodiastolisch sein, sondern es ist mesodiastolisch oder protomesodiastolisch. Das protomesodiastolische Geräusch, das die ersten beiden Zeiteinteilungen der Diastole einnimmt, ersetzt völlig den Ton und hängt immer ab von einer ausgedehnteren Klappenläsion, ausgedehnter als die ist, die ein mesodiastolisches Geräusch verursacht, das nur einen Teil der Protodiastole ausfüllt. In diesem letzteren Falle geht dem Geräusch immer der Rest eines zweiten Tones voraus, der mehr oder weniger lang ist, je mehr oder minder schwer die Klappenveränderung ist. Bei den allerleichtesten Aorteninsuffizienzen kann das Geräusch ganz fehlen und es bleibt nur ein unreiner Ton bestehen. Die Klappenläsionen können zuweilen völlig vernarben. Das Frémissement ist nicht an konstante Gesetze gebunden, im allgemeinen jedoch ein Begleiter der schweren Läsionen. Bei der experimentellen Aorteninsuffizienz fehlen auch die Gefäßerscheinungen der menschlichen Aorteninsuffizienz nicht, die Hypertension, das Arterienhüpfen u. s. w. — (Zeitschr. f. Heilk., Bd. 24.) E. H.

Die Aetiologie und Pathogenese der Aortenaneurysmen. Von H. Arnsperger.

Diese aus der Erb'schen Klinik hervorgegangene Arbeit führt den Nachweis, wie sie es mit täglich wachsendem Erfolge für die Tabes getan hat, daß die Syphilis die häufigste Ursache des echten sackförmigen Aorten-Aneurysmas ist. Bei 20 Fällen ergab sich in 70% sichere Syphilis, in 95% syphilitische Antezedentien. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen stimmen meist ganz genau mit dem Bilde luetischer Aortenerkrankung überein. Die für die Wichtigkeit des Traumas ins Treffen geführten Befunde beruhen größtenteils auf Täuschung; vielmehr liegen in der

Digitized by Google

weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle entzündliche Prozesse zugrunde.

Der Arzt hat daraus den Schluß zu ziehen; wie Tabes, auch Aneurysma nur vorsichtig zu diagnostizieren, wenn Lues nicht vorausgegangen ist: doch muß er die Technik des Nachweises durchgemachter Lues beherrschen, die ein kluges psychologisches Vorgehen und Kenntnis der metasyphilitischen Symptome erfordert. — (D. Arch. f. klin. Med., Bd. 78, H. 5 u. 6.)

E. H.

Ueber chronische Veränderungen des Pankreas bei Arterioskierose und ihre Beziehungen zum Diabetes mellitus. Von Prof. G. Hoppe-Seyler.

Vf. berichtet über den chronisch interstitiellen Degenerations- und Entzündungsprozeß, welcher sich hauptsächlich im Pankreasschwanz abspielt und am besten als Pankreatitis interstitialis angiosclerotica bezeichnet wird; derselbe bringt in den Fällen von Diabetes namentlich die Langerhans'schen oder Gefäßinseln zum Schwunde. — Bei frühzeitiger Erkennung, wie sie durch die Probe auf alimentäre Glykosurie ermöglicht wird, ist es bei passender Diät und Lebensweise denkbar, den Prozeß aufzuhalten. Die Behandlung eines schon bestehenden arteriosklerotischen Diabetes wird nicht zu streng sein dürfen, in der Anordnung reiner Fleisch- und Fastdiät, die den senilen Verdauungstrakt schädigen kann. Mäßige Bewegung, Schonung vor jeder Ueberarbeitung, Brunnenkuren (Karlsbad, Neuenahr etc.), leichte Jod- oder Arsenkuren können eingeschaltet werden. — (D. Arch. m. klin. Med., Bd. 81, H. 1 u. 2.)

E. H.

Ueber Herzschwäche bei Mitralfehlern. Von J. Stein.

Die Resultate dieser klinische und anatomische Beobachtungen musterhaft vereinigenden Arbeit bringen Klarheit über den auffallend verschieden schweren und dauernden Verlauf der Mitralfehler. Die chronische Herzinsuffizienz bei Mitralfehlern kann sowohl durch chronische Infektion als durch funktionelle Störung der Herzkraft (sozusagen mechanisch) bedingt werden. Erstere bedingt einen rasch zunehmenden Verlauf der Herzschwäche, letztere einen unter Besserungen und Verschlechterungen schwankenden Zustand. Myokardveränderungen wurden übrigens in allen Fällen gefunden. — Drei Fälle zeigen weiters, daß hochgradige Veränderungen des Myokards bei gleichzeitigem Klappenfehler bestehen können, ohne Kompensationsstörungen herbeizuführen; umgekehrt bestätigte es sich auch nicht, daß ohne Kompensationsstörung gestorbene Mitralfehler ein unverändertes Myokard hätten. — „Die Gefahr bei dem rheumatischen Klappenfehler beruht nicht auf einer chronischen Myokarditis, die von der ursprünglichen Infektion herstammt, sondern auf der relativen oder absoluten Größe des entwickelten Klappenfehlers und außerdem auf der Möglichkeit akuter, seltener chronischer Reinfektionen." — (Nord. med. Arkiv, Bd. 2, 1903.)

E. H.

Zur Symptomatologie der Aortensklerose. Von A. Bittorf.

Vf. stellt folgendes Schema der akustischen Phänomene unkomplizierter Aortensklerose auf:

I. Dumpfer, leiser, selbst unhörbarer oder normaler erster, klingender musikalischer, zweiter Aortenton. Diffuse Erkrankung der Aortenwand.

II. Systolisches Geräusch und zweiter akzentuierter oder normaler Ton. Ausgesprochene herdförmige Sklerose, mit oder ohne Steigerung des Blutdruckes.

III. Systolisches Geräusch und zweiter klingender Ton. Kombination von diffuser und herdförmiger Sklerose.

Das Durchschnittsalter betrug 55·6 Jahre. Das niedrigste Alter war 31 Jahre; die luetischen Arteriosklerotiker sind im allgemeinen 10 Jahre jünger als die übrigen und zeigten meist diffuse Erkrankung. Blasse, aschgraue Gesichtsfarbe findet sich viel öfter als abnorm starke Rötung. In 30% fand sich Fettleibigkeit, unbestimmt bleibt, ob als Symptom, als Ursache oder doch als Ausdruck einer bestimmten körperlichen Veranlagung. Außerordentlich häufig findet sich Anisokorie neben erhaltener Pupillenreaktion (Sympathikus?)

Digitized by Google

Phlebektasien an der vorderen Brustwand und Oedem auf dem oberen Sternum, bisher nur bei Aneurysmen beobachtet, sind nicht zu selten.

Aus der ausführlichen Statistik der einzelnen Symptome sei nur hervorgehoben, daß recht häufig Pulsus celer, nie Bradykardie, in der Hälfte der Fälle Blutdrucksteigerung konstatierbar war. Die in einzelnen Fällen bestehende Polyurie, die noch einer genaueren Bearbeitung und Beobachtung bedarf, sei erwähnt. — (D. Arch. f. klin. Med., Bd. 81, H. 1 u. 2.)

E. H.

Methodisches und Technisches zur Orthodiagraphie. Von F. Moritz.

Es bestätigt sich immer mehr, daß Moritz' Orthodiagraphie absolut richtige Silhouetten des Herzens gibt. Genauere Untersuchungen über den linken Kontur zeigen, daß er neben der Pulmonalis zuweilen das linke Herzohr enthält, weiter abwärts auch bloß vom linken Ventrikel gebildet sein kann. Bei starker Dilatation kann der linke Ventrikel ganz nach hinten zu liegen kommen u. dgl. m.

Die Orthodiagraphie auf eine besondere, vom Körper unabhängige Ebene, garantiert die größte Exaktheit der Herzsilhouette, ist aber bei Sagittalrichtung der Strahlen nicht so absolut nötig wie bei frontaler. Proiziert man direkt auf die Brustwand, so erhält man die Topographie ohneweiters, was zu Demonstrationszwecken das Beste ist.

Als Merkzeichen können nur die Rippen benützt werden und auch deren Aufzeichnung auf den Thorax muß in derselben Körper- und Respirationsstellung vorgenommen werden, wie die Aufnahme. Moritz zieht die Aufnahme bei horizontaler Rückenlage vor und verwirft die Aufnahme in Inspirationsstellung. — (D. Arch. f. klin. Med., Bd. 81, H. 1 u. 2.)

E. H.

Ueber puerperale Gangrän der unteren Extremitäten. Von Hagemeyer.

Vf. berichtet über eine 40jährige V.-Gebärende, welche an einer vorgeschrittenen Myodegeneratio cordis mit sekundärer relativer Mitralinsuffizienz litt und am neunten Tage nach der Geburt Thrombophlebose des linken Unterschenkels aufwies. Es kam in den nächsten Tagen zu trockener Gangrän des Fußes und des unteren Teiles des Unterschenkels. Am 17. Tage nach der Geburt mußte die Amputation des Oberschenkels im unteren Drittel vorgenommen werden. Die durchtrennten Gefäße erwiesen sich frei von Thromben. Die anatomische Untersuchung ergab in der Arteria poplitea kurz vor ihrer Teilung in die Arteria tibial. antica und postica das Vorhandensein eines trockenen, fest anhaftenden obturierenden Fibrinpfropfes, der sich in die beiden genannten Aeste der Arteria poplitea fortsetzte. Sämtliche Arterien des Unterschenkels erwiesen sich thrombosiert. Auch in den Venen waren Blutkoagula vorhanden, jedoch von weicherer Konsistenz, wahrscheinlich sekundär entstanden. Sowohl die Herzaffektion als auch das plötzliche Auftreten der Gangrän, sowie der anatomische Befund sprechen für eine Embolie der Arteria poplitea als Grund der Gangrän. Aus vorliegendem Falle geht hervor, daß nächst einer Phlegmasia alba dolens auch Herzaffektionen den Ausgangspunkt einer Gangrän der unteren Extremitäten im Wochenbett bilden können. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 39, 1904.)

Königstein.

b) Magen und Darm.

Ueber die pathologischen Veränderungen am Digestionstraktus bei der perniziösen Anämie. Von Knud Faber und C. E. Bloch. (Aus der medizinischen Universitätsklinik in Kopenhagen; Prof. Knud Faber.)

Man findet bei der perniziösen Anämie sehr häufig eine diffuse Gastritis, welche eine Tendenz zur Atrophie des Drüsengewebes besitzt, und welche klinisch als eine Achylia gastrica auftritt. Es ist dabei kein konstantes Leiden des Darmes vorhanden, speziell keine Darmatrophie, Entzündung oder Degeneration der Drüsen.

Was das Verhältnis der Gastritis zur Anämie betrifft, so kann man nicht annehmen, daß dieselbe die direkte Ur-

Digitized by Google

sache zur Anämie sein sollte. Eine Gastritis mit Achylie findet man bekanntlich recht häufig bei Patienten, welche nicht im geringsten an Anämie leiden, und in einigen besonders wohl ausgesprochenen Fällen von perniziöser Anämie war keine Achylie vorhanden. Da es auch nicht denkbar ist, daß die anämische Blutveränderung selber eine Gastritis verursachen kann, so ist anzunehmen, daß Anämie und Gastritis beigeordnete Phänomene mit gemeinsamer Ursache sind, eine Anschauung, die Vf. schon in einer früheren Arbeit darlegten. Wie sich dies erklären läßt, kann man bei unserer jetzigen mangelhaften Kenntnis über die Pathogenese der perniziösen Anämie nicht sagen. Die wahrscheinlichste Hypothese ist diejenige, welche die Anämie einem Gift ihre Entstehung verdanken läßt, das im Organismus produziert wird. Vielleicht könnte die Gastritis von einer Ausscheidung dieses Giftes durch den Magen herrühren.

Der Darmtraktus ist die Stelle, von der man am natürlichsten annehmen muß, daß dort das Gift entsteht. Nachdem man festgestellt hat, daß Bothriocephalus latus im Darm die Ursache einer verniziösen Anämie sein kann, und nachdem man gesehen hat, daß dasselbe für Strikturen des Dünndarms gilt, kann man keinerlei Zweifel hegen, besonders, da ja ein blutdestruierendes Gift im Bothriocephalus von Schaumann und Rosenquist nachgewiesen wurde. Selbst wenn bei der idiopathischen perniziösen Anämie keine pathologischen Veränderungen im Darmkanal festgestellt werden können, braucht das keineswegs an der Annahme zu hindern, daß das Gift im Darmtraktus entsteht. — (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 10, H. 1, 1904.) F. L.

Ueber die Anwendung und diagnostische Verwertung der Weber'schen Blutprobe bei okkulten Magen- und Darmblutungen. Von Dr. Hartmann. (Aus der inneren Abteilung des Marien-Krankenhauses in Hamburg.)

Wenn bei fehlendem Salzsäurebefund und gut erhaltener Motilität die systematische Untersuchung der Fäzes einen regelmäßigen starken positiven Ausfall der Weber'schen Blutprobe über längere Zeit hinaus ergibt, so spricht dieser Befund, auch bei Fehlen andrer klinischer Symptome mit großer Sicherheit für das Vorhandensein eines Karzinoms und schließt eine gutartige Affektion aus.

Die Weber'sche Probe ist für die Annahme einer aus dem Magendarmkanal stammenden Blutung nur dann beweisend, wenn der Genuß jeglicher Art von Fleisch, namentlich aber auch des gekochten, mit Sicherheit auszuschließen ist. Der positive Ausfall der Probe bei mittels des Magenschlauches ausgehebertem Mageninhalt ist für die Annahme einer spontanen Blutung nur mit großer Vorsicht zu verwerten, weil derartige Blutungen artefiziell auch bei Gesunden vorkommen können. Okkulte Blutungen kommen bei nervösen Magenaffektionen nicht vor. Die Weber'sche Probe ist eine sehr wertvolle und oft ausschlaggebende klinische Untersuchungsmethode in der Diagnostik des Ulcus ventriculi. Sowohl bei gutartiger als auch durch Karzinom verursachter Mageninsuffizienz kommen okkulte Blutungen in gleicher Weise vor. — (Arch. f. Verdauungkrankh., Bd. 10, H. 1, 1904.) F. L.

Ueber das Vorkommen und den Nachweis gelöster Eiweißkörper in den Fäzes. Von Dr. Oskar Simon.

Die Untersuchungsmethode auf Eiweiß und Albumosen wird folgendermaßen ausgeführt: Fäzes werden mit warmem Wasser digeriert, dekantiert, filtiert, das Filtrat im Becherglas mit etwas Kieselguhr verrührt, filtriert.

Normale Stühle reagieren neutral oder alkalisch, nie sauer. Zusatz von Essigsäure erzeugt in jedem Normalfall Trübung, in manchen pathologischen Fällen dichte Niederschläge.

Der Niederschlag wird im Ueberschuß der Essigsäure wieder gelöst und mit Ferrozyankalium versetzt. In Normalfällen bleibt die Flüssigkeit vollkommen klar; bei grob gemischter Kost mitunter leichte Niederschläge, in pathologischen Fällen

Digitized by Google

oft dichte Niederschläge. Neben Albumen wurden in den Fällen des Vf. stets Albumosen gefunden.

Der Nachweis von Albumosen in den Fäzes weist immer auf eine Darmstörung hin.

Die Simon'sche Methode ist nichts weiter als eine Verbesserung des Ury'schen Verfahrens. — (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 10, H. 3, 1904.) F. L.

An welchen Komplikationen sterben Krebskranke? Von Dr. Simonds. (Vortrag in der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereines in Hamburg am 29. März 1904.)

Das Verhältnis der Komplikationen zur primären Erkrankung gestaltete sich folgendermaßen bei 760 Fällen:

1. Fälle, in welchen der Tod durch Karzinom ohne weitere Komplikation veranlaßt wurde: 252 = 33%.

2. Fälle, in welchen die zum Tode führende Komplikation im direkten Zusammenhang mit dem Karzinom stand: 248 = 33%.

3. Fälle, in welchen die Komplikation nur im entfernten Zusammenhang stand: 226 = 30%.

4. Fälle, in welchen die zum Tode führende Komplikation in keinem Zusammenhange stand: 34 = 4%.

Es erliegt also $^1/_3$ der Krebskranken direkt dem Karzinom, $^1/_3$ den durch dasselbe bedingten Komplikationen, $^1/_3$ geht an nur indirekten Komplikationen zugrunde. F. L.

c) Milz.

Ein Fall von Splenomegalie mit Blutveränderungen und Symptomen des Morbus Banti auf malarischer Grundlage. Von S. S. Cohen und Rosenberger.

Die 14jährige Kranke hatte vor $2^1/_2$ Jahren schwere, unregelmäßige Fieber mitgemacht. Im Dezember 1903 erkrankte sie an einer Bronchopneumonie. Bei der Untersuchung fand sich eine große Milz und große Leber, Malariaparasiten fanden sich nicht. Entfieberung blieb dennoch aus, ebenso dauerte der Husten und die Schmerzen an, so daß der chronischen Erkrankung größeres Augenmerk zugewendet wurde. Die Milz reicht bis zur Medianlinie und drei Querfinger unter den Nabel, die Leber von dem oberen Rande der fünften Rippe bis $1^1/_2$ Zoll unter den Rippenbogen und ihr deutlich palpabler Rand konnte bis unter die Milz verfolgt werden. Kein Aszites, leichter Konjunktivalikterus. Im Krankheitsverlauf traten später Epistaxis, sowie Hämoptöe wiederholt auf, einmal auch eine Darmblutung. Der Blutbefund ergab eine leichte Leukozytose (Bronchopneumonie!) 59% Hb. bei 1,890.000 roten Blutkörperchen, vereinzelte Megaloblasten. Keine Malariaparasiten. Im weiteren Verlaufe sank nach den Blutungen der Hb.-Gehalt bis auf 35%, auch Poikilozytose, ferner zahlreiche Normo- und Megaloblasten erschienen. Ferner fanden sich kleine, ovale, inter- und intrazelluläre, hyaline Körperchen, von denen einige etwas Pigment führten und wohl sicher als Degenerationsformen (Chininformen — die Kranke stand unter Chininbehandlung) von Malariaparasiten angesprochen werden konnten. Unter energischer Arsenbehandlung besserte sich das Befinden zusehends. Milz und Leber gingen stark zurück, die Milz wenigstens um 2 Zoll nach jedem Durchmesser. — (The Americ. Journ. of med. Sciences, August 1904.) E. S.

d) Niere.

Orthostatische Albuminurie. Von C. L. Mix.

Die Fälle von orthostatischer Albuminurie in engerem Sinne, d. i. bei normalem Blutgefäßsystem und normalem Harnsediment, lassen sich in folgende Klassen unterbringen:

1. Intermittierende orthostatische Albuminurie. Diese Fälle zeigen wochen- oder monatelange Albuminurie, welche dann zeitweise aufhört, um nach wechselnden Intervallen wieder einzusetzen. In ihrem weiteren Verlaufe scheinen sie mehr geneigt zum Uebergang in chron. Mb. Brighti als die nächstfolgende Gruppe. Die Erwachsenen mit intermittierender Albuminurie zeigen

Digitized by Google

keine weiteren distinkten Symptome. Bei Kindern handelt es sich in diesen Fällen meist um eine postinfektiöse Nephritis, welche jedoch nicht immer unmittelbar nach der Infektion, sondern auch nach einem viele Monate betragenden Intervalle erscheinen kann.

2. Kontinuierliche orthostatische Albuminurie. Hier dauert die Albuminurie oft viele Jahre, doch, wenn sie endlich sistiert, kehrt sie nicht wieder. Wenn auch von langer Dauer, so ist sie dennoch in der Regel transitorisch. Erwachsene mit diesem Symptom sind fast ausnahmslos Neurastheniker mit ausgesprochener vasomotorischer Parese. Kontinuierliche orthostatische Albuminurie bei Kindern ist weit öfter mit kongenitaler beweglicher Niere als mit Neurasthenie verknüpft.

Die in 24 Stunden abgesonderte Harnmenge ist beiläufig normal 1100—1600, das spezifische Gewicht nicht herabgesetzt: Das Eiweiß ist Serumalbumin oder Globulin. Nukleoalbumin tritt sehr selten auf. Die Gesamtmenge des Albumens ist meist gering, doch können ausnahmsweise selbst $^1/_8$—1% gefunden werden. Der Eiweißgehalt ist vormittags, in den ersten Stunden nach dem Aufstehen, am größten, sinkt nachmittags auf ein Minimum. Während der Bettruhe ist derselbe gleich Null. Zylinder sind selten. Ihr Auftreten muß stets den Verdacht auf den Uebergang in Mb. Brighti erwecken. Die Kryoskopie ergibt normale Resultate, ebenso die Methylenblauprobe.

Symptome fehlen meist. Doch können Ermüdbarkeit, Schwindel, Neuralgien verschiedener Art, Herzpalpitationen, sogar Nasenbluten vorkommen. Am stärksten betont sind stets die neurasthenischen Symptome, namentlich die vasomotorischen: kalte Hände und Füße, Pulsation der Bauchaorta, niederer Blutdruck.

Die Diagnose ist dann gegeben, wenn das Symptom der orthostatischen Albuminurie ohne andere Veränderungen des Harnes, wie z. B. Polyurie oder Oligurie, deutliche Herabsetzung des Harnstoffgehaltes, des spezifischen Gewichtes, pathologische Elemente im Sedimente, besteht, und die physikalische Untersuchung der Kranken keinerlei Zeichen der Nephritis an Herz und Gefäßsystem, an der Retina, der Haut (Oedeme!) ergeben hat. Doch ist die Diagnose stets nur provisorisch zu stellen, da erst der weitere Verlauf die orthostatische Albuminurie als essentielle oder als eine schleichend beginnende, chronische Nephritis erkennen läßt. Ist ersteres der Fall, so muß ihre Zugehörigkeit zur intermittierenden oder kontinuierlichen Form bestimmt werden, da die erstere Form namentlich bei nicht neurasthenischen erwachsenen Kranken eher einen Uebergang in Nephritis, namentlich wenn das spezifische Gewicht niederer ist oder vereinzelte Zylinder auftreten, erwarten läßt. Bei Kindern sind die postinfektiösen Formen stets vorsichtig zu beurteilen, da es sich meist um Glomerulonephritis handelt, welche zwar auch ausheilen, doch ebensogut in eine chronische Form übergehen kann. Die Menge des Albumens ist prognostisch wertlos. — (The americ. Journ. of the med. Sciences, August 1904.) E. S.

Nephritis syphilitica. Von Pousson.

Die syphilitische Nephritis tritt sehr frühzeitig auf. Meist im zweiten bis dritten Monat nach dem Primäraffekt zur Zeit der höchsten Entwicklung der Roseola erscheinen die renalen Symptome; manchmal ereignet sich dies noch früher, in den ersten Wochen, selbst noch vor Vernarbung der Sklerose. Ausnahmsweise verzögert sich ihr Einsetzen bis zum sechsten Monat. Nach Ablauf des ersten Jahres erscheint sie nicht mehr.

Unterläßt man eine tägliche Harnuntersuchung, so bleibt der Beginn der renalen Infektion unbeachtet. Doch darf auch nicht jede Spur von Eiweiß sofort als Zeichen syphilitischer Nephritis aufgefaßt werden. Nur andere Begleitsymptome gestatten dies, vor allem anfänglich limitierte, dann rasch sich generalisierende Oedeme und Hydropsien, wie wir es bei akuter Nephritis anderen Ursprunges zu sehen gewohnt sind. Die Harnmenge ist gewöhnlich groß. Der Eiweißgehalt ist ein sehr hoher, der Harn meist bluthältig mit renalem Sediment. Die übrigen Symptome der akuten Nephritis,

Digitized by Google

namentlich die Urämie, werden bei der syphilitischen Form gewöhnlich vermißt, dennoch ist dieselbe eine schwere Erkrankung, welche in einem Drittel der Fälle tödlich endet, und zwar sind gewöhnlich Hydroperikard, Hydrothorax mit ihren mechanischen Folgen, auch Lungen- oder Glottisödem Todesursache. Verhältnismäßig häufige und sehr gefährliche Komplikationen stellen lymphangitische oder erysipelatöse Entzündungen der ödematösen Extremitäten dar. — (Annales méd. chir. du Centre Nr. 16, 1904.) E. S.

e) Männliches Genitale.

Ueber Enterokokkenurethritis. Von Dr. Dreyer.

Der Autor fand in einer Reihe von Urethritisfällen den von Thiercelin beschriebenen Enterokokkus, einen Diplokokkus von wechselnder Größe mit rundem oder lanzettförmigem Korn, ausgezeichnet durch eine hochgradige Polymorphie; er steht in der Mitte zwischen Streptokokken und Pneumokokken, ja Kruse glaubt alle drei Arten identifizieren zu sollen. Von allen Eigenschaften des Enterokokkus wollen wir hier bloß hervorheben, daß sich derselbe nach Gram positiv verhält und daß er als Saprophyt im gesunden, noch mehr aber im kranken Darm gedeiht; auch in der Vagina soll er als harmloser Parasit nachzuweisen sein.

In dreizehn Fällen gelang es Vf., im Urethralsekret den genannten Mikroorganismus mikroskopisch und auf kulturellem Wege nachzuweisen, und er glaubt einen klinisch ziemlich gut abgrenzbaren Typus von Urethritiden als Enterokokkenurethritis bezeichnen zu können. Wenn wir uns nun des näheren mit den Symptomen befassen, welche diese Abgrenzung gestatten sollen, so müssen wir sie als ganz besonders dürftig charakterisieren. Ja es kommt dieser Urethritis nicht einmal das negative Charakteristikum des Fehlens der Gonokokken zu. Der Autor verzichtet nämlich darauf, zwischen einer genuinen Enterokokkenurethritis und Enterokokkenbefund im postgonorrhöischen Sekrete zu scheiden. So kommt es, daß es sich in allen berichteten Fällen um gonorrhöische Urethritiden handelt, in welchen die Enterokokkenurethritis gewissermaßen den sogenannten postgonorrhöischen Katarrh darstellte; bloß in wenigen Fällen liegt die Gonorrhöe auf längere Zeit zurück, aber auch hier wird aus den Krankengeschichten keineswegs ersichtlich, ob es sich tatsächlich um ein ganz freies Intervall gehandelt hat. Einen einzigen Fall will der Autor sogar als „genuin" ansprechen; wie wenig begründet das ist, mag daraus entnommen werden, daß der Kranke bereits fünf Jahre mit dem Uebel belastet war, als ihn Vf. zum erstenmal sah. So schrumpft die Enterokokkenurethritis zum postgonorrhöischen Katarrh mit Vorherrschen von Enterokokken im Sekret zusammen, dessen Unheilbarkeit oder schwere Heilbarkeit nur zu wohl bekannt sind und wenn sie Vf. in der Beziehung den Fällen von Waelsch anreiht, so haben sie de facto mit den vom letzteren Autor beschriebenen, nicht gonorrhöischen Urethritiden gar nichts zu tun.

Als Komplikationen traten in einem Falle eine symptomlose U. posterior, eine Epididymitis und einigemal Prostatitis auf; die letztere bezieht der Autor nicht auf den Enterokokkus, weil er nie im Prostatasekret nachweisbar war. Die Infektion erfolgt bei dem nachgewiesenen Vorkommen in der Vagina in der Regel durch den geschlechtlichen Verkehr, wobei forzierter Koitus bei (ehemals) erkrankter Harnröhre oder während der Menses der Frau eine Rolle zu spielen scheint; zuweilen fand gleichzeitig eine Gonokokkeninfektion statt. Sicherlich aber könne auch eine Infektion durch verunreinigte Spritzen vorkommen. — (Monatsh. f. Urologie, Bd. IX, H. 7.) D.

f) Nervensystem.

Die Zerebrospinalflüssigkeit bei Tabeskranken. Von Dr. G. Milian.

Das Vorkommen von zelligen Elementen in der Zerebrospinalflüssigkeit von Tabeskranken ist bereits durch eine ganze Reihe von französischen und deutschen

Digitized by Google

Untersuchern festgestellt. Den Autor interessierten hauptsächlich die weniger ausgesprochenen Formen; von 20 untersuchten Fällen waren bloß 6 mit Ataxie behaftet, die anderen wiesen bloß vereinzelte Symptome auf, Fehlen von Reflexen, Pupillenstarre, lanzinierende Schmerzen etc. Von diesen 20 Fällen fallen zwei weg, weil mit der Punktion auch Blut in die Nadel gedrungen war, von den restlichen 18 gaben bloß 4 ein negatives Resultat. Es ist gewiß von Interesse, daß das negative Ergebnis gerade solche Fälle von Tabes betrifft, die sehr alt, nur unvollständig ausgesprochen waren und in ihrem Verlauf, bezw. Entwicklung seit Jahren stillzustehen schienen. Zwei Fälle mit leichter Reaktion betrafen ganz ähnliche Fälle, bei denen auch die ursprüngliche Infektion weit zurücklag; der dritte Fall mit leichter Reaktion betrifft allerdings einen frischen Fall, der in dieser Beziehung nicht näher aufzuklären ist, dem Autor aber ein Hinweis darauf scheint, daß das Primäre der Tabes doch nicht die Erkrankung der Meningen sei. Die restlichen 11 Fälle begreifen entweder Kranke mit ausgesprochenen Ataxien oder beginnender Tabes mit noch ziemlich frischer Syphilis.

Einzelne der Kranken wurden wiederholt untersucht, insbesondere in Rücksicht der Einwirkung der merkuriellen Therapie auf die Lymphozytose der Spinalflüssigkeit. Ist die Tabes syphilitischer Natur, so müßte eine Beeinflussung durch Quecksilberzufuhr unverkennbar sein. Die gewonnenen Resultate zeigen diese Beeinflussung nicht, da die Reaktion auch nach monatelanger Behandlung die gleiche blieb. Es ist also gerechtfertigt, die Tabes mit Fournier als parasyphilitische (und nicht als syphilitische) Erkrankung anzusehen. Denn würde es sich um eine wahre syphilitische Meningitis handeln, wie heute von manchen Seiten angenommen wird, dann müßte das Quecksilber die Lymphozytose in gleicher Weise herabsetzen, wie dies tatsächlich bei der gewöhnlichen luetischen Hemiplegie zutrifft. Neue Beobachtungen seien zur Bestätigung der skizzierten Tatsachen umso notwendiger, als ja die Hartnäckigkeit einzelner luetischer Erscheinungen und ihr refraktäres Verhalten gegen Merkur nur zu wohl bekannt sind. — (Annal. de Dermat. et de Syphiligr., Tom. IV, Nr. 7.) D.

Die Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilitikern im Sekundärstadium. Von Dr. P. Ravaut.

Zahlreiche Arbeiten der jüngsten Zeit beweisen das große Interesse, welches man den zytologischen Befunden der Spinalflüssigkeit bei Syphilitikern entgegenbringt. Die Technik dieser Untersuchungen ist eine relativ einfache. 3—4 cm^3 Spinalflüssigkeit werden direkt in spitz ausgezogenen Tuben aufgefangen, zentrifugiert, dekantiert und je ein Tropfen des gewonnenen Materials auf Deckgläschen verteilt. Je nach der Zahl der auftretenden Leukozyten unterscheidet der Autor vier Abstufungen in der Reaktion. Die starke Reaktion ergibt 20—150 Leukozyten im Gesichtsfeld, die mittlere 7—20, die schwache 4—6, die negative Null bis höchstens drei. In der Regel handelt es sich um Lymphozyten, selten trifft man polynukleäre Zellen an, rote Blutkörperchen finden sich nur dann, wenn sie im Moment des Einstiches in die Nadel drangen.

Bei Sekundärsyphilitischen sind es gewöhnlich Kopfschmerzen, welche unser Augenmerk auf eine eventuelle Beteiligung des Nervensystems lenken. In dieser Beziehung zeigen die Untersuchungen Vf.s, daß die Intensität oder das Vorhandensein der Kopfschmerzen in gar keinem Zusammenhange oder Verhältnis zur erhaltenen Reaktion stehen, denn einmal ergibt sich häufig, selbst bei intensiven Kopfschmerzen, negative Reaktion, während man anderseits bei fehlendem Kopfschmerz die stärkste Reaktion erhalten kann. Während also hier die Erwartung sozusagen enttäuscht wurde, stellte sich eine merkwürdige Parallele zwischen den Hauterscheinungen und dem Ausfall der Reaktion ein; unter 34 Kranken mit einfacher Roseola oder Schleimhautplaques zeigten bloß 3 positiven Ausfall der Reaktion, dagegen unter 36 mit papulösen oder Pigmentsyphilid 26. Bezüglich der restlichen 10

Digitized by Google

mit negativem Ausfall sei die Frage, ob bei ihnen diese Reaktion nicht schon geschwunden sei und umgekehrt bei den drei positiven Roseolafällen, ob hier nicht das Mahnzeichen für im Anzug begriffene schwerere Manifestationen gelegen sei; eine Frage, die nur darum nicht mit Sicherheit sich beantworten ließe, weil bei keinem Kranken (wider Willen des Autors) mehr als eine Untersuchung gemacht worden war.

In einigen Fällen, wo eine zweite Untersuchung möglich war, ergaben sich interessante, wenn auch noch widersprechende Resultate. Ein Fall mit ausgebreitetem papulösen Syphilid ergab anfangs die stärkste, $1^1/_2$ Monate später bei Abklingen der Hauterscheinungen eine viel schwächere Reaktion; ein zweiter Fall zeigte dasselbe Verhältnis in der umgekehrten Reihenfolge, anfangs bei geringen Hauterscheinungen schwache, zwei Monate später bei neuerlicher Eruption starke Reaktion. Dagegen ergab ein dritter Fall trotz Schwindens der Hauterscheinungen keine Abnahme der Reaktion. Sicherlich wird eine größere Zahl von Untersuchungen in dieser wichtigen Sache Aufklärung bringen.

Vier Fälle von Iritis luetia ergaben ähnliche Verhältnisse, bei frischer Affektion starke, bei Schwinden der Erscheinungen geringe Reaktion, zwei Fälle von Alopezie verhielten sich positiv, ebenso zwei Fälle von Fazialisparalyse, welche den Verdacht auf luetischen Ursprung zuließen.

Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit auf Eiweiß geht im allgemeinen mit dem Reichtum an Zellen parallel. Nach Vornahme der Punktion klagten viele der Kranken über Kopfschmerz, bei einzelnen trat auch Erbrechen ein, dabei ließ sich konstatieren, daß diese nachträglichen Erscheinungen fast ausnahmslos Kranke mit positivem Ausfall der Reaktion betrafen: eine Erklärung für diese interessante Tatsache läßt sich derzeit kaum geben. Hautkranke anderer Art, bei welchen Kontrolluntersuchungen stattfanden, zeigten keine Veränderung in der Zusammensetzung der Spinalflüssigkeit, bloß je ein Fall von Vitiligo und Psoriasis ergaben mittlere Reaktion.

Aus all den angeführten Tatsachen geht mit Sicherheit hervor, daß bedeutendere und längere Zeit bestehende Hauterscheirungen zumeist mit positiver Reaktion von Seite des Nervensystems einhergehen; es ist das umso wichtiger, als hiebei in der Regel Erscheinungen von Seiten des letzteren fehlen, so daß erst die Lumbalpunktion diese Beteiligung ergibt. Allerdings läßt sich derzeit nichts anderes sagen, als daß diese klinisch symptomlos verlaufende Störung in der Zusammensetzung der Spinalflüssigkeiten vorhanden ist, welche prognostische Bedeutung ihr zukommt, ist im Augenblick noch nicht zu entscheiden. Vorderhand sei sie als Symptom der sekundären Syphilis zu registrieren; ob damit auch der weitere Schluß des Autors auf energische Behandlung schon gerechtfertigt erscheint, muß schon darum dahingestellt bleiben, weil aus seinen Untersuchungen wohl nicht ganz mit Sicherheit hervorgeht, ob dieses Symptom tatsächlich immer mit energischer Behandlung zu beseitigen ist. — (Annal. des Dermat. et de Syph., Tome IV, Nr. 7.) D.

Die Frage der Zytodiagnose. Von Dr. Niedner und Dr. Mamlock. (Aus der I. med. Klinik Berlin.)

Nach den bisherigen sehr zahlreichen Untersuchungen galt Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit als meningitisches Reizsymptom und als Frühsymptom der Tabes und Paralyse. Die Autoren fanden in der Mehrzahl ihrer Fälle von Tabes, ferner von Hemiplegie nach Lues Zellvermehrung, bei zwei nicht luetischen Hemiplegien fehlte sie. Leichte Lymphozytose fanden sie bei Tetanus und Urämie. Sie ziehen daraus den Schluß, daß verschiedenartige Intoxikationen zur Zellvermehrung führen können. Auch mechanische Reize können denselben Effekt haben, wie Tumoren des Gehirnes und Rückenmarkes, ferner Schädeltraumen. Wurde bei Kaninchen ein steriler Gazetampon zwischen Dura und Hirn eingeführt, so stellte sich nach einigen Tagen Zellvermehrung in der Zerebrospinalflüssigkeit ein. Daraus folgt, daß die Lymphozytose von heftigen und länger einwirkenden Reizen, welche

Digitized by Google

das Zentralnervensystem treffen, abhängt, während vorübergehende Reizzustände, wie epileptische Anfälle oder paralytische Insulte, nicht zur Zellvermehrung führen müssen. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 54, H. 1 u. 2.) Rosenthal.

Ein Fall von familiärer Tabes dorsalis auf syphilitischer Basis. Von Dr. M. Nonne in Hamburg-Eppendorf.

Eine 20jährige Patientin litt seit dem 8. Lebensjahre an Ataxie, lanzinierenden Schmerzen, Sehverschlechterung, gegenwärtig besteht totale Pupillenstarre, Optikusatrophie, Hyperalgesie der unteren Extremitäten bei fehlenden Reflexen, Dysurie. Die Mutter der Patientin, die die Anamnese angab, hatte mehrfach abortiert, litt seit 20 Jahren an lanzinierenden Schmerzen und Ataxie und bot das Bild der vollentwickelten Tabes. Die 29jährige Schwester der Patientin war seit fünf Jahren verheiratet, hatte zwei gesunde Kinder. Sie litt seit ihrem 16. Lebensjahre an lanzinierenden Schmerzen und Schwäche der Beine, wies lichtstarre Pupillen und Optikusatrophie, ferner rechts Fehlen des Patellarsehnenreflexes auf. Bei beiden Schwestern fanden sich Zeichen hereditär-luetischer Keratitis. Ein Bruder war gesund. Der Vater, der ein lockeres Leben geführt hatte, war vor einigen Jahren gestorben.

Auch in diesem Falle zeigte sich wie bei anderen stärkere Vertretung des weiblichen Geschlechtes, Optikusatrophie nebst geringer Ataxie, welche drei Momente für die juvenile Tabes charakteristisch scheinen. Die genaue Untersuchung dieser Fälle hatte gezeigt, daß nicht „das gleiche Milieu", sondern Lues die Ursache der Erkrankung waren. Die Frage nach der Familiendisposition zu luetischen Erkrankungen des Nervensystems muß in jedem Falle eingehend kritisch beleuchtet werden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32, 1904.) Rosenthal.

Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen. Von Prof. Wilms in Leipzig.

Auf Grund früherer Befunde hat Vf. hyperalgetische Zonen im Halse nach Kopfschüssen im Sinne von Head'schen Zonen gedeutet, indem er annahm, daß der Reiz vom verletzten intrakraniellen Sympathikusgeflechte auf das Halsganglion übertragen werde und von hier ausstrahle. Ein neuerdings beobachteter Fall zeigt jedoch, daß Hyperalgesien auch ohne Sympathikusverletzung zustande kommen können. Ein 57jähriger Mann, der ein Tentamen suicidii durch Stirnschuß ausgeführt hatte, zeigte symmetrische Hyperalgesie von der Scheitel-, Ohr-, Hinterhauptslinie bis zur Clavicula; er erlag am zehnten Tage einer eitrigen Meningitis. Die Sektion zeigte, daß der Sinus cavernosus und dessen Umgebung intakt war. Es scheint also auch bei Läsion von Gebieten, die vom Sinus entfernt liegen, die Hyperalgesie auftreten zu können; welche Regionen dabei in Frage kommen, könnte erst durch eine größere Reihe genauer einschlägiger Beobachtungen ermittelt werden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 36, 1904.) Rosenthal.

Ueber progressive Paralyse bei Kindern. Von Dr. Paul Bernhardt. (Berliner med. Gesellschaft, 29. Juni 1904.)

Bei den drei Patienten, Knaben im Alter von 16, 15 und 11 Jahren, traten nach anfänglich normaler Entwicklung im dritten, resp. vierten Schuljahre Gedächtnis- nebst Sprachstörung und Ataxie auf; es besteht Licht-, resp. absolute Starre der Pupillen, die Nervi faciales sind paretisch, der Gang ist spastisch-ataktisch, die Reflexe gesteigert. Bei einem Patienten bestehen kindliche Größenideen, bei einem anderen Wut- und Angstanfälle. Die Sprache ist zu einem näselnden Lallen geworden. Die Väter zweier der Patienten leiden an progressiver Paralyse, beim dritten ist die ererbte Lues nicht sicher nachzuweisen. Die Paralyse der Kinder gilt mit Recht als beweiskräftig für den luetischen Ursprung dieser Krankheit; denn bei ihnen spielt das aufreibende Kulturleben noch keine Rolle. Knaben und Mädchen werden gleich oft betroffen. Am häufigsten ist die Krankehit um das 15. Jahr herum, von da ab wird sie viel seltener. Die Paralyse der Jugendlichen verläuft langsam, aber ohne Remissionen; Wahnideen sind selten. Auf einen Beginn

Digitized by Google

mit zahlreichen Anfällen folgten einfache Demenz und körperliche Lähmungen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29, 1904.)
Rosenthal.

Ueber Hypotonie und Hypertonie bei einer und derselben Kranken. Von Dr. Z. Bychowski in Warschau.

Während die Muskelrigidität eines der konstantesten und frühesten Zeichen der Paralysis agitans vorstellt, so ist in dieser Hinsicht die Tabes dorsalis, resp. der Muskelzustand bei diesem Leiden ein echtes Gegenstück hiezu. Nach Frenkel bildet nämlich Herabsetzung des Muskeltonus-Hypotonie, ein Frühsymptom der Tabes. Bei dem Falle des Vf., einer 65jähr. Frau, bestehen seit 30 Jahren lanzinierende Schmerzen, gegenwärtig Abstumpfung für alle Sensibilitätsarten an den unteren Extremitäten, Patellarsehnen- und Achillessehnenreflexe erloschen, Parese der unteren Extremitäten nebst stark ausgesprochener Ueberstreckbarkeit ihrer Gelenke (Hypotonie). Die Starrheit und Maskenartigkeit der Gesichtszüge hingegen, die Rigidität der Muskulatur der oberen Extremitäten, ferner Tremor und die typische Handstellung weisen auf eine Kombination mit Paralysis agitans hin. Mehrere ähnliche Fälle wurden bereits publiziert. Interessant ist das Vorkommen zweier, diametral entgegengesetzter Zustände des Muskelsystems bei einer und derselben Person. Vf. schließt daraus, daß die tabische Hypotonie nicht die gesamte Muskulatur ergreifen muß, und daß man dem Muskel selbst eine gewisse Autonomie in seinen Kontraktionsverrichtungen zuerkennen müsse. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 17, 1904.) Rosenthal.

Ueber Lückenbildung zwischen den einzelnen Zähnen; ein frühdiagnostisches und bisher wenig bekanntes Zeichen der Akromegalie. Von Dr. William W. Graves in St. Louis.

Bei einem $14^3/_4$jährigen Mädchen, welches an ruckartigen Zuckungen am ganzen Körper litt und epileptische Krampfanfälle aufwies, bestehen seit $2^1/_2$ Jahren Vergrößerung und Dickerwerden der Nase und Lippen, rascheres allgemeines Wachstum, starke Vergrößerung der Mammae, livide Verfärbung der Extremitäten, beginnende Optikusatrophie, leichte, binasale Gesichtsfeldeinschränkung. Röntgenologisch wallnußgroße Ausbuchtung der Gegend der Sella turcica. Zwischen den vorderen Zähnen des Unterkiefers bestanden Lücken, die sowohl nach den Angaben der Eltern als auch durch den objektiven Befund (Vorhandensein der interstitiären Reibungsflächen Zsigmondys) erst seit kurzem vorhanden waren. Progenie, das Vorragen der Zahnreihe des Unterkiefers über die des Oberkiefers, die eines der konstantesten Symptome der Akromegalie bildet, fehlte in diesem Falle, weil bei der Patientin — wie bei ihren übrigen Verwandten — der Oberkiefer bedeutend stärker entwickelt war wie der Unterkiefer. Umso diagnostisch bedeutsamer ist in diesem Falle das Auseinanderweichen der Zähne, als Ausdruck der Vergrößerung des Unterkiefers, an welcher die Zähne nicht teilnahmen. Denselben Befund konstatierte Vf. in zwei anderen Fällen. Dieses Zeichen ist als Frühsymptom zu betrachten, das einen Vorläufer der Progenie bildet und in Verbindung mit anderen prodromalen Symptomen, wie Parästhesien, vasomotorischen Störungen die Stellung der Diagnose schon vor dem Auftreten der Vergrößerung der Körperenden ermöglichen kann. — (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XVI., H. 1.)
Rosenthal.

Ueber einen Fall von spastischer Spinalparalyse infolge einer Bleivergiftung. Von Dr. C. Bechtold in Frankfurt a. M.

Ein Weißbinder, der schon wiederholt Bleivergiftung durchgemacht hatte, erkrankte an Kolik, zugleich trat Steifheit der unteren Extremitäten ein. Bei der Untersuchung fand sich bei dem anämischen Kranken Bleisaum, spastisch-paretischer Gang, Patellarklonus, beiderseits das Babinski'sche Zehenphänomen. Keine Atrophien, elektrische Erregbarkeit der Muskeln normal, ebenso der sonstige Nervenbefund. Im Urin Spuren von Eiweiß. Therapie: Bettruhe, Laxantia, Jodkali. Nach wenigen Wochen waren die spastischen Erscheinungen bis auf geringe Reste geschwunden. Im Gegensatz zu dem so

Digitized by Google

häufigen Erkranken peripherer Abschnitte des Nervensystems bei Bleivergiftung kommt es nur selten zu zentralen Erkrankungen. Im beschriebenen Falle waren die Pyrannitenbahnen ergriffen. Ist es noch nicht zu wirklicher Degeneration der betreffenden Abschnitte des Zentralnervensystems gekommen, so ist die Prognose eine günstige. — (Münch. med. Wochenschrift Nr. 37, 1904.) Rosenthal.

g) Haut.

Ein Fall von multiplen Dermatomyomen. Von Dr. Brölemann.

Dieses ebenso seltene als in der Deutung schwierige Krankheitsbild findet in der Wahrnehmung Bs. einen typischen Repräsentanten. Ein 29jähriger Schlosser, sonst vollkommen gesund, zeigte innerhalb und unterhalb der linken Brustwarze zahlreiche kleine bis kirschgroße Geschwülste von roter Farbe. Die Haut läßt sich über den Tumoren nicht verschieben, dieselben sind auf Druck schmerzhaft. Eine zweite Knötchengruppe unterhalb des Warzenhofes ist weder gerötet, noch schmerzhaft.

Die mikroskopische Analyse eines Knotens ergab einen in der Cutis sitzenden, von Bindegewebsbündeln umschlossenen lappigen Tumor, der vom Musculus arector pili seinen Ausgang genommen hatte. Die vom Muskel direkt in die Geschwulst übergreifenden Fasern waren an den langgezogenen stäbchenförmigen Kernen sicher als glatte Muskelfibrillen zu agnoszieren. Die Läppchen des Tumors waren von Bindegewebshüllen umgeben. Den beschriebenen Fällen schließt sich dieser als achtzehnter an. Der stets registrierte Sitz der multiplen Dermatomyome war auch diesmal die Lage zwischen Oberhaut und Hypoderm. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 70, H. 2.) N.

h) Konstitutionskrankheiten.

Diabetes insipidus mit zerebralen Herdsymptomen. Von Dozent J. Grober in Jena.

Ein Mann, der ein Kopftrauma erlitten, bald darauf Typhus durchgemacht hatte, erkrankte bald nachher unter heftigen Kopfschmerzen, Schwellung des linken Auges; bald trat Bewußtlosigkeit ein. Es bestand totale Ophthalmoplegie linkerseits nebst Atrophie des Sehnerven, ferner Parese des linken Fazialis. Normaler innerer Befund, kein Fieber. Binnen wenigen Tagen erholte sich der Kranke, die Kopfschmerzen nahmen ab, die Lähmung der Hirnnerven bestand weiter. Der Urin war zunächst noch spärlich und hochgestellt, seine Menge wuchs aber in den nächsten Tagen bis auf 9 l täglich. Dabei enthielt er keine pathologischen Bestandteile. Trotz der Polyurie und der weiter bestehenden linken Okulomotorius- und Abduzenslähmung blieb das Allgemeinbefinden des Patienten vorzüglich, so daß er seinen Dienst wieder versehen konnte. Lues wurde negiert. Nach Kahler können pathologische Veränderungen der verschiedensten Art, die sich in der hinteren Schädelgrube abspielen, Polyurie hervorrufen, nach anderen auch Erkrankungen anderer Hirnteile. Häufig findet sich in der Vorgeschichte ein Kopftrauma. Auch im hier beschriebenen Falle dürfte der Diabetes insipidus eher auf das weiter zurückliegende Kopftrauma, als auf den Typhus zurückzuführen sein. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37, 1904.)

Rosenthal.

Ueber einen Fall von transitorischem Diabetes. Von Dr. Erich Mann.

Vf. gibt zunächst einen Auszug aus der Krankengeschichte seines Falles, der in mancher Beziehung einzig dasteht und allgemeines Interesse verdient. Es handelt sich um einen 46jährigen Metallarbeiter ohne belangreiche Anamnese. Der Kranke klagte über krampfartige Schmerzen im rechten Mesogastrium, die zeitweilig äußerst heftig auftraten und mit Erbrechen verbunden waren. Mäßig guter Ernährungszustand, leicht gelbliche Verfärbung der Haut, ikterische Skleren. Temperatur normal. In der linken Fossa supraclavicularis ein Paket indolenter erbsengroßer Drüsen. Reflexe intakt. Magen nüchtern, leer, kein Tumor zu fühlen. Urin frei von A. und S. Die Diagnose wurde auf Cholelithiasis, Gastritis chronica, eventuell

Digitized by Google

mit einem Karzinom im Hintergrund, gestellt. Unter zweckentsprechender Diät und Acid. muriatic. besserte sich das Befinden und Patient nahm 5½ Pfund an Gewicht zu. Plötzlich gesteigerte Diurese, vermehrtes Durstgefühl, gelegentlich abendliche Temperatursteigerung; Magenschmerzen wieder heftiger; Urin enthält nie Zucker. Zur Prüfung der Assimilationsfähigkeit wurden dem Patienten 100 g Traubenzucker gegeben. Die danach ausgeschiedene Urinmenge betrug in 24 Stunden 3200 mit 3·8% S. = 121·6 Dextrose. In den folgenden Tagen nahm die Zuckerausscheidung bei gewöhnlicher Kost noch zu und betrug schließlich 275 Gramm in 24 Stunden, gleichzeitig Spuren von Azeton. Nach 14 Tagen Azeton mit Azetessigsäure verschwunden, Urin zuckerfrei. Der Kranke blieb im wesentlichen bei der Haferkost (Noorden), nur wurde zur Abwechslung Gemüse mit Fleisch gegeben. Nachdem eine Zeitlang Besserung im Befinden eingetreten war, erfolgte plötzlich eine profuse Hämatemesis, die zum Exitus führte.

Die Sektion ergab als Todesursache Verblutung in den Intestinaltraktus aus einem gangränösen, sehr gefäßreichen Karzinom der kleinen Kurvatur, das mit dem Pankreas verwachsen war. Dieses selbst war dünn, blaß, grobkörnig, makroskopisch normal (leider wurde keine mikroskopische Untersuchung angestellt). Leber und Gehirn waren frei von jeder Geschwulstbildung. — (Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 29, 1904.) F. L.

i) Infektionskrankheiten.

Das Verhalten des Blutdruckes während des Typhus abdominalis im Kindesalter. Von Carrière und Dancourt.

Der arterielle Druck wird stark vom Typhus modifiziert und zeigt während des Verlaufes wechselndes Verhalten. Ueber die Verhältnisse während der Prodrome ist natürlich nichts bekannt, doch schon im Anfang des manifesten Stadiums ist er beträchtlich gesunken, man erhält mittlere Drucke von 8·7 cm gegenüber 13 und 14 des normalen. Nach und nach hebt sich der Druck wiederum und erreicht in der zweiten bis dritten Woche 9·28, eine Zahl, welche über dem Durchschnittswerte aus dem genannten Krankheitsverlaufe steht. Zur Zeit der Deferveszenz sinkt der Blutdruck stets bedeutend ab, um sich während der Rekonvaleszenz allmählich wieder auf das normale Niveau zu heben. Der Verlauf der Druckkurve unterscheidet sich beim Kinde daher von der des Erwachsenen durch absolut und relativ stärkere Senkung.

Obwohl das Sinken des Druckes die Regel bildet, begegnet man doch manchmal Drucksteigerungen, ungefähr gleich häufig wie sehr tiefen Senkungen.

Zwischen Druckkurve und Alter, Dauer der Krankheit, Temperatur, Pulsfrequenz bestehen keine Beziehungen. Doch zeigen leichte Fälle gewöhnlich relativ hohe Drücke.

Ist auch das Verhalten des Blutdruckes für Diagnose und Prognose des Typhus selbst nicht zu verwerten, so kann aus demselben doch häufig die Aufmerksamkeit auf das Bestehen einer Komplikation gelenkt werden. Hoher Druck findet sich immer am Vorabend einer Blutung, selbst einige Tage vor derselben. Auch begleitet Drucksteigerung gewöhnlich kongestive Zustände der Lungen. Ebenso steigt der Druck bei Entwicklung einer Perikarditis. Dagegen ist die typhöse Myokarditis nicht unbedingt mit niederem Drucke verbunden. — (Revue de Medecine Nr. 8, 1904.) E. S.

Wirkliche Wutkrankheit oder angeimpfte modifizierte Wut. Von L. Heydenreich.

Bei einer 45jährigen Magd werden fünf Tage nach dem leichten Bisse eines suspekten Hundes an der Hand, verschärfte Pasteur'sche Einspritzungen vorgenommen. Acht Tage nach deren Beginne, d. i. 13 Tage nach dem Bisse, erscheint eine Reihe eigentümlicher Symptome, gleich zu Anfang sehr schmerzhafte Verhärtungen an den Injektionsstellen, Schmerzen im ganzen Leibe, Trägheit des Darmes, erhöhte Temperatur (38°). Drei Tage später Parese des Detrusor vesicae, dann vollkommene Parese aller Gesichtsmuskeln, der Muskeln der Zunge und des Schlundes mit gleichzeitigen Störungen

Digitized by Google

des Gemütes und des Bewußtseins, ein Darniederliegen aller intellektuellen Fähigkeiten. Nach zwei bis drei Wochen erscheinen heftige Anfälle von Oppression. Atemnot, welche die Kranke in Verzweiflung und hochgradige Lebensgefahr bringen, und, obgleich sie nicht das Gepräge von klonischen Krämpfen tragen, doch sehr an die Schlund- und Brustkrämpfe echter Lyssa erinnern. Nach mehr als einmonatlicher Dauer dieser Anfälle wird die Kranke melancholisch, verändert Charakter und Gewohnheiten, bis der Geisteszustand endlich in progredienten Idiotismus übergeht, in welchem die Kranke nach zehnmonatlicher Dauer der Erkrankung zugrunde geht.

Gegen die Diagnose einer echten Lyssa, selbst wenn man von dem abweichenden Krankheitsbilde vorläufig absieht, spricht die kurze Inkubationszeit von 13 Tagen, wie sie zwar bei Lyssa in Ausnahmsfällen vorkommen kann, jedoch stets tiefe und zahlreiche Bißwunden, namentlich des Gesichtes, zur Vorbedingung hat. Ferner fällt ins Gewicht, daß derselbe Hund eine Hausgenossin der Kranken in viel heftigerer Weise gebissen hatte, welche sich den Impfungen entzog und dennoch nicht erkrankte. Auch war die Wutkrankheit des Tieres selbst in keiner Weise sichergestellt — es wurde nach sechstägiger Beobachtungszeit, ohne daß sich irgendwelche Symptome gezeigt hatten, von dem Tierarzte vernichtet. Es ist also sehr wahrscheinlich, in der beobachteten Krankheit eine Folge der Einverleibung modifizierten Lyssagiftes zu sehen. Die Form der Erkrankung kann als rudimentär bezeichnet werden, indem die Paresen und depressorischen Erscheinungen über die Krämpfe und Aufregungszustände prävalierten.

H. meint, daß alle Symptome nie zu solcher Höhe und zum letalen Ausgange gelangt wären, wenn die Kranke die Einspritzungen nicht bei den ersten Zeichen des Unbehagens sistiert hätte. Es hätte sich durch Fortführung der Injektionen eine stärkere Immunität herausgebildet. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38, 1904.) E. S.

Superinfektion und Primäraffekt. Von L. Detre-Deutsch.

Der Satz „Kein Luetiker akquiriert während der Dauer seiner Lues einen zweiten, dem primären identischen Affekt" ist allgemein angenommen; wo von einem ehemaligen Luetiker ein Primäraffekt neuerdings erworben werde, sei die erste Lues völlig erloschen gewesen. Dieser Schluß erscheine nicht gerechtfertigt, denn dazu sei es notwendig, daß die Veränderungen an der kutanen Eintrittspforte der Syphilis immer in der bekannten typischen Form auftreten müßten. Der Autor wirft nun die Frage auf, ob es nicht denkbar wäre, daß das syphilitische Virus auch an Syphiliskranken eine Superinfektion verursache, ohne daß die neuerliche Eintrittspforte des Giftes sich irgendwie markiere. Die strikte Beantwortung dieser Frage wird durch das Tierexperiment möglich werden, wenn einmal das Syphilisvirus in konstanter Stärke und bestimmter Dosis darstellbar sein wird und wenn Tierindividuen mit annähernd gleicher Empfindlichkeit gegen Syphilis zur Verfügung stehen werden. Die bisherige Anschauung der Syphiligraphen steht mit dem, was bisnun über Immunität bekannt ist, nicht im Einklang, da kein tierischer Organismus zur selben Zeit immun und zugleich empfänglich oder krank sein kann.

Der Autor faßt das Ausbleiben eines neuerlichen Primäraffekts beim Luetiker nicht als Immunitäts-, sondern als Infektionsreaktion auf und sucht der Frage, wie sich der Primäraffekt bei Superinfektion verhalte, dadurch nahe zu kommen, daß er das Verhalten bei Tuberkulose subkutan geimpfter Meerschweinchen in Analogie setzt. Bei subkutaner Infektion von Meerschweinchen mit Tuberkelkulturen tritt an der Injektionsstelle ein Tumor auf, der langsam an Größe zunimmt, schließlich geschwürig zerfällt, während die nächsten Lymphknoten zu indolenten Bubonen anschwellen, die übrigens nach 20 Tagen erweichen, schließlich tritt nach 4—8 Wochen unter Fieber, Kachexie der Tod ein. Wenn man

Digitized by Google

nun ein bereits mit Ulkus behaftetes Tier neuerdings impft, so zeigen sich bereits nach drei Stunden Zeichen schwerster Erkrankung, frequente Respiration, erhöhte Temperatur, struppiges, glanzloses Fell. An der infizierten Stelle kommt es weder zur Tumor- noch zur Ulkus-, noch zur Bubonenbildung, sondern es tritt ein Oedem auf, das sich über die ganze betreffende Körperhälfte ausbreitet. Die weitere Beobachtung ergab, daß trotz des fehlenden Primäraffekts die Superinfektion doch haftete, denn die superinfizierten Tiere gingen um 10 Tage früher ein, als die anderen und zeigten viel ausgedehntere tuberkulöse Veränderungen in den einzelnen Organen. Das Ausbleiben der lokalen Erscheinungen wird dahin aufgefaßt, daß in dem bereits infizierten Körper das neueingeführte Gift als zu bedeutender Reiz von den Zellen empfunden werde, so daß die lokale Leukozytose ausbleibt und die Bazillen durch keinen Wall mehr aufgehalten in die Lymph- und Blutbahnen eintreten.

Es wäre daher auf Grund der genannten Experimente die Frage eines neuerlichen Primäraffekts von der Frage der Re- bezw. Superinfektion getrennt zu behandeln, denn eine Superinfektion könne auch erfolgen, ohne daß an der Einbruchspforte sich dem primären Affekt analoge Erscheinungen zeigen. Der Autor glaubt, daß besonders schwere Syphilisfälle in diesem Lichte eine Erklärung fänden. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 27, 1904.) D.

Neue Arzneimittel und Rezeptformeln.

Dyspeptine (Dr. Kepp) ist reiner Magensaft, welcher gesunden lebenden Schweinen entnommen wird. Der Saft wird ohne fremden Zusatz sterilisiert, in sterile Flaschen abgefüllt und kühl aufbewahrt. Anwendung findet er bei allen Arten von Verdauungsstörungen. Die Dosis beträgt anfangs 2—3, später einen Eßlöffel nach jeder Mahlzeit.

Cuprum cyanatum. Leichtes, weißliches Pulver, unlöslich in Wasser und Alkohol, löslich in Ammoniakflüssigkeit und Cyankaliumlösung. Kupfercyanür wurde unter dem Namen „Cupricin" von M. Galezowski zur Behandlung von Trachom (Conjunctivitis granulosa) an Stelle der oft mit unangenehmen Nebenwirkungen behafteten löslichen Kupfersalze, wie zum Beispiel des Kupfersulfats oder des öfter gebrauchten Kaliumpermanganats empfohlen.

Herba Tradescantiae erectae. Die Tradescantia erecta Jacq., eine in Südamerika und Mexiko einheimische Commelinacee, empfiehlt Simonin als ein vorzügliches Hämostatikum. Es läßt sich sowohl das frische, zerstoßene Kraut als auch ein 20%iges Dekokt der trockenen Pflanze äußerlich und innerlich verwenden. Gute Erfolge hatte Autor mit einem 20%igen Dekokt u. a. in einem Falle von heftiger Epistaxis infolge von Purpura, bei Pseudo-Haemoptoe nasopharyngealen Ursprungs und bei Blutungen nach operativer Beseitigung von Ohrenpolypen. Ein besonderer Vorteil des Mittels ist seine Unschädlichkeit und seine leichte Handhabung.

Chininum lygosinatum. Das Lygosinchinin, eine Verbindung des Chinins mit dem Diorthooxydibenzolazeton oder Diorthocumarketon, ist ein geruchloses, feines, amorphes, orangegelbes Pulver, das als Streupulver benützt auf Wunden gut haftet und sich mit lauwarmem Wasser wieder leicht abwaschen läßt. Auch in Form von Salbe oder 20—30%iger Gaze läßt es sich verwenden. Letztere hat sich besonders bei Nasenbluten als Hämostatikum gut bewährt. Aber auch größere, stark blutende Verletzungen, Schnitt- und Stichwunden heilen unter einem Lygosinchininverbande in wenigen Tagen. Nach Szendrö ist es bei Behandlung von Ausschlägen und Eiterungen besonders wirksam.

Kollargol. Dr. Credé, Dresden, neuerdings hergestellte, in kleinen Packungen zu dispensierende Tabletten zu 0·05 Kollargol. Die schwächeren Lösungen von

Digitized by Google

1:5000—10.000 (1—2 Tabletten auf 500·0 Wasser) dienen zu reizlosen Spülungen von Wunden, Eiterhöhlen, der Blase etc., sowie bei Augen-, Ohren-, Nasen-, Mund-, Zahn- und Geschlechtskrankheiten. Mit ihnen macht man feuchte antiseptische Umschläge, wäscht die Haut des Kranken, die Hände, die Instrumente etc. Durch Eintauchen von Verbandmull in die Lösung stellt man sich einen sofort anwendbaren antiseptischen Verbandstoff dar. Mit starken Lösungen von 1:100—500 (2—10 Tabletten auf 50·0 Wasser) wäscht man größere septische Wunden, Abszeßhöhlen, alle Körperhöhlen aus, eventuell auch mit Zurücklassung von Lösung in denselben.

Ibogain. Das von Kuborn gegen die Schlafkrankheit angepriesene Alkaloid Ibogain ist von Dybowski und Landrin, Haller und Heckel und von Lambert eingehend untersucht worden. Es wird aus der Rinde einer oder verschiedener, jedenfalls nahe verwandter Pflanzen aus der Gattung Tabernaemontana, nach Lambert von Tabernanthe Iboga, gewonnen, die am Kongo einheimisch sind und von den Eingeborenen unter dem Namen Iboga oder Aboua gegen die tropische Schlafkrankheit oder überhaupt zur Hebung des Kräftegefühls und als Aphrodisiakum verwendet werden. Nach Dybowsky und Landrin besteht das Alkaloid aus bernsteingelben Krystallen von der Zusammensetzung $C_{52}H_{60}N_6O_2$, nach Haller und Heckel aus weißen Krystallen von der Formel $C_{26}H_{32}N_2O$. Der Schmelzpunkt ist übereinstimmend von genannten Autoren zu 152° C. angegeben worden. Das Ibogain ist in Wasser unlöslich, löslich in Alkohol, Aether, Chloroform, Aceton und Benzol. Mit Salzsäure bildet es ein gut charakterisiertes, wasserlösliches Salz. Sein Geschmack ist ähnlich dem des Kokains styptisch. Physiologische Versuche mit diesem Alkaloid haben Schlagdenhauffen, Haller und Lambert angestellt, aus denen hervorgeht, daß es sich in verschiedener Beziehung mit dem Kokain vergleichen läßt.

Bei katarrhalischen Affektionen:

1. Rp. Liq. ammon. acet. 20·0
Saccharini 0·1
Aq. cinnamonni ad 150·0

D. S. Während des Tages eßlöffelweise zu verbrauchen.

2. Rp. Flor. sambuci 15·0
Magn. carbon. 5·0
Misce et infunde aq. fervida ad colatur. 150·0
Liq. ammon. acet. / Syrup. simpl. āā 25·0

M. D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

3. Rp. Chinin. hydrobrom. 0·1
Ammon. brom. / Ammon. chlorat. āā 0·2
Pulv. rad. rhei 0·15
Natr. benzoic. 0·30
Coffein. natrio-benzoic. 0·05

M. f. p. Dtr. tal. dos. ad capsul. amyl. Nr. XII.

S. Zweistündlich in Pulver.

4. Rp. Extr. pisc. erythr. fluid. / Extr. inul. helen. fluid. / Extr. scutell. lateriflor. fluid. āā 10·0
Codein. mur. 0·2
Saccharini 0·05

M. D. S. Dreimal täglich 20 Tropfen zu nehmen.

5. Rp. Fol. erysim. officin. 20·0
Hb. led. palustr. 10·0
Cort. apocyn. cannab. 5·0
Stipit. dulcamar. 10·0
Hb. droser. rotundifol. 20·0
Misce et infunde aq. fervida ad colatur. 250·0
Apomorph. mur. / Saccharini āā 0·05
Codein. mur. 0·15

M. D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Als Sedativa werden neuerlich benützt:

1. Rp. Brucini 0·10
Coniin. hydrobromic. 0·02
Spirit. vin. conc. 25·0

D. S. Dreimal täglich 10 Tropfen in Baldriantee zu nehmen.

Digitized by Google

2. Rp. Solanin. muriat. 0·05
Camphor. monobrom. 0·3
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XII.
S. Dreistündlich in Pulver zu nehmen.

3. Rp. Ergotini 0·03
Camphor. rasp. 0·3
Natr. hydrobromic. 1·0
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XII.
S. Dreistündlich ein Pulver zu nehmen.

4. Rp. Mentholi valerian. 5·0
Spirit. vin. conc. q. sat. ad solut.
Syr. capill. vener. 20·0
Aq. destill. ad 50·0
D. S. Zweistündlich 20 Tropfen zu nehmen.

5. Rp. Paraldehyd. 10·0
Spirit. vin. conc. 120·0
Syr. cort. aur. 50·0
Tinct. vanill. 5·0
M. D. S. Stündlich ein Eßlöffel voll in Zuckerwasser zu nehmen.

6. Rp. Chloral. hydrat. } āā 6·0
Natr. hydrobrom. }
Syr. cort. aur. 25·0
Pyramidoni 1·0
Dionini 0·1
Aq. destill. ad 150·0
D. S. Stündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Bücher-Anzeigen.*)

Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medizin im In- und Auslande. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachgelehrten herausgegeben von W. Ebstein und E. Schreiber in Göttingen. Bericht über das Jahr 1901. 1. Heft. (1. Bogen 1—10.) Stuttgart 1904. Verlag von Ferdinand Enke.

Mit vollem Recht betont Ebstein im Prospekt, daß dieser Jahresbericht keiner besonderen Rechtfertigung bedarf, denn während die übrigen Disziplinen der theoretischen und praktischen Medizin genügende derartige selbständige Berichte seit längerer oder kürzerer Zeit besitzen, fehlt ein solcher für das enorme Gebiet der inneren Medizin bis heute. Es gehörte in Anbetracht des Umfanges der zu berücksichtigenden Materie ein hervorragender Unternehmungsgeist dazu, sich an diese Arbeit zu machen. Es werden nicht nur alle Publikationen angeführt, sondern über die wichtigsten auch sehr begrüßenswerte, kurze referierende Sammelberichte gebracht. Die Berichte beginnen aus Zweckmäßigkeitsgründen mit dem ersten Jahr des laufenden Jahrhunderts. Das vorliegende Heft ist den Nervenkrankheiten gewidmet und bringt alles darüber im Jahre 1901 publizierte. Es geschieht nicht nach der üblichen Rezensionsschablone, wenn wir sagen, daß diese Jahresberichte einem wirklich dringenden Bedürfnis abgeholfen haben, d. h. zunächst abhelfen wollen; inwieweit dies gelingen wird, kann erst konstatiert werden, wenn ein größerer Teil erschienen ist. Nach dem Inhalt und der Anordnung des ersten Heftes kann dem schwierigen und dankenswerten Unternehmen die beste Prognose gestellt werden.

Dr. Fritz Loeb, München.

Die Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata. Von Leyden-Goldscheider. Spezieller Teil. Zweite umgearbeitete Auflage.

Der Neuauflage des allgemeinen Teiles des im Rahmen des bekannten Nothnagel'schen Sammelwerkes erscheinenden Werkes ist rasch die zweite Auflage des speziellen Teiles gefolgt. Zahlreiche Veränderungen bezeigen, daß die beiden Autoren, die sich auf den verschiedensten Gebieten der Pathologie des Nervensystems als bahnbrechend erwiesen, nichts versäumt haben, um ihr Werk auf der Höhe moderner Forschung zu erhalten. In 19 Kapiteln wird die gesamte spezielle Pathologie des Nervensystems erschöpfend abgehandelt. Besonders ausführlich ist die Besprechung der Tabes dorsalis, wobei in der Aetiologie dieser Krankheit der bekannte Leyden'sche Standpunkt maßvoll vertreten wird. Vier Tafeln nebst 32 Textabbildungen dienen zur anschaulichen Erläuterung. Zusammen mit dem allgemeinen Teile stellt dieses Werk eines

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

der besten Handbücher der nervösen Erkrankungen dar, das durch Originalität der Auffassung und durch anschauliche Darstellung berufen erscheint, nicht nur dem praktischen Arzte, sondern auch dem Spezialisten einen vorzüglichen Behelf zu bieten.

Rosenthal.

Hygiene des Magens, des Darms, der Leber und der Niere im gesunden und kranken Zustande. Von Prof. Dr. C. A. Ewald, geh. Medizinalrat in Berlin. Bibliothek der Gesundheitspflege. Bd. 10. Stuttgart 1904. Verlag von Ernst Heinrich Moritz. 136 S. Preis 1·50 Mark.

So schwierig es ist, das Titelthema gemeinverständlich darzustellen, so meisterlich hat Ewald diese Aufgabe im vorliegenden Werkchen gelöst, das von der Verlagsbuchhandlung mit zum Teil farbigen Illustrationen ausgestattet ist. Auch wenn man zugeben muß, daß die sogenannte Popularisierung der Wissenschaft ein zweischneidiges Schwert ist und daß in rein ärztlichen Dingen, d. h. Fragen der Krankheitsbehandlung die popularisierende Richtung für etwas Schädliches zu halten ist, so kann doch in Anbetracht des Nutzens, den der Einzelne von einer gediegenen Aufklärung über seinen Körper und die Gefahren, die ihm drohen, hat, der Wert einer Arbeit, wie der vorliegenden, weder verkannt, noch geleugnet werden. Jeder Arzt kann mit gutem Gewissen seiner Klientel die Anschaffung des Ewald-schen Werkchens, das nur 1·50 Mark kostet, anempfehlen. Dr. Fritz Loeb, München.

Die Krankheiten des Mastdarms und des Afters. Von Prof. Dr. Samuel Goodwin Gant (New-York), Lehrbuch für Aerzte und Studierende. II. Auflage. Deutsche Uebersetzung von Dr. A Rose (New-York). München 1904. Verlag von Seitz & Schauer. Preis 20 Mark.

Das Gebiet der Mastdarmkrankheiten ist leider noch immer Stiefkind der Kliniker und beinahe ein Nolimetangere der Praktiker. Auch dem Spezialisten steht nicht ein einziges deutsches Werk zur Verfügung, welches diesen hochwichtigen Teil der internen Medizin und der Chirurgie gebührend würdigt. Die amerikanischen Kollegen, bei denen es eine Reihe angesehener Spezialisten auf diesem Gebiete gibt, sind bis heute unsere Wegweiser. Wir verdanken ihnen nicht allein die wichtigsten spezialistischen Untersuchungsinstrumente (Kelly, Otis, Pennington, Law, Sims, Mathew, Pratt, Cook, Gant etc.), sondern sie sind auch auf dem Wege der monographischen Behandlung der Lehre von den Mastdarm — und Analaffektionen vorausgegangen, resp. stehen in „splendid isolation". Es ist ein nicht hoch genug zu bewertendes Verdienst des rührigen Münchener Verlages, daß er das Gant'sche Werk, welches einen respektablen Band von 783 Seiten bildet, in musterhafter deutscher Uebersetzung gebracht hat. Nicht weniger als 37 zum großen Teil prächtig kolorierte Tafeln zieren neben 212 sehr instruktiven Abbildungen das Werk, das sich nicht in Kürze referieren läßt. Es ist ein Standard Work, dem wir einen großen Freundeskreis wünschen. Für Verlag und Uebersetzer ist es gleich rühmlich, den deutschen Aerzten die Möglichkeit gegeben zu haben, sich intensiver und kritischer mit der Proktologie zu beschäftigen, als dies bisher möglich war. Dr. Fritz Loeb München.

Die Fettleibigkeit (Korpulenz) und ihre Behandlung nach physiologischen Grundsätzen. Von Prof. Dr. W. Ebstein. VIII. sehr vermehrte Auflage. Wiesbaden 1904. Verlag von Bergmann. Preis 2·40 Mark.

Ein „korpulenter" Band ist aus dem Vortrag geworden, der vor 22 Jahren zuerst veröffentlicht wurde. Die Ebstein'sche Theorie und Praxis der Entfettung ist heute so sehr Gemeingut der Aerzte geworden, daß wir es uns versagen können, darüber ausführlich zu referieren. Die Hauptdaten sind kurz folgende: Eine medikamentöse Behandlung der Fettleibigkeit, besonders mit Abführmitteln ist zu vermeiden; es muß vor allem die Eiweißzufuhr beschränkt werden; von fetthaltigen Speisen erlaubt E. mehr als andere Autoren; nur bei guter Herzkraft sind starke Muskelbewegungen gestattet; die Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr muß sich in mäßigen Grenzen halten. — Das Buch sollte in der Bibliothek keines Arztes fehlen. Dr. Fritz Loeb, München.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Vegetarische Diät.

Von Dr. **Th. Robert Offer.**

Vortrag, gehalten am IV. wissenschaftlichen Kongreß des Zentralverbandes österreichischer Balneologen in Abbazia 1904.

Die Erörterungen über die Bedeutung der vegetarischen Diät wurden vom wisschaftlichen Standpunkt ängstlich gemieden, als ein Tummelplatz aller jener, welche als Utopisten oder als Geschäftsgegner gegen die Medizin und ihre wissenschaftlichen Vertreter aufgetreten sind und aus ihren oft absurden Behauptungen für sich oder ihre Lehre Kapital schlagen. Trotzdem hat die Frage des Vegetarismus heute in der Therapie sich Beachtung verschafft, so daß ich es für nicht unwichtig halte, dieselbe einer Diskussion zu unterziehen.

Ich will vor allem, um jedem Mißverständnisse vorzubeugen, betonen, daß ich auf die Fragen, welche von den Vegetarianern zur Grundlage ihrer Lehren genommen werden, als über den Rahmen eines Vortrages hinausgehend, nicht weiter eingehen will, sondern nur das Ziel im Auge habe, die für die Therapie notwendigen Gesichtspunkte zu fixieren, insoweit sie durch exakte physiologische Beobachtungen begründet sind und durch die Praxis sich als bewährt herausgestellt haben.

Wie es in den verschiedenen Glaubensbekenntnissen Grade des Glaubenseifers gibt, vom orthodoxen Zeloten bis zum Freigeist, trifft man diese graduellen Unterschiede unter den Anhängern der Lehre des Vegetarismus. Während die einen alles, was vom Tier stammt, aus der Nahrung verweisen, ja sogar in ihrer Huldigung des Naturgemäßen nur für r o h e Vegetabilien schwärmen, machen andere Konzessionen, als sie nur das Fleisch verpönen, hingegen solche animalische Nahrungsmittel, welche kein Leben in sich hatten, gewähren, wie Milch und ihre Produkte oder sogar Eier.

Inwiefern entspricht die streng vegetarische Diät den Postulaten der Ernährungsphysiologie? Bevor ich auf die Beantwortung dieser Frage eingehe, will ich einen kurzen Ueberblick über die zu Gebote stehende Pflanzennahrung geben. Es sind: die Getreidekörner, Hülsenfrüchte, die verschiedenen Gemüse: Blatt-, Wurzel- und Stengelgemüse, die Gemüsefrüchte, die Obstsorten, Samenfrüchte und die Pilze und Schwämme. Alles Nahrungsmittel, die auch von denen genossen werden, welche von gemischter Kost leben.

Von den Getreidekörnern, dem Mehle und den Hülsenfrüchten absehend, liefern 100 g Pflanzenkost im Durchschnitt 30 bis 40 Kalorien, decken also kaum den 60. Teil an Spannkraft, welche ein mäßig arbeitender Mensch braucht. Bedenkt man ferner, daß der Zellulosereichtum der Vegetabilien eine genügende Ausnützung der zu verwertenden Nahrungsbestandteile beeinträchtigt, wird der Wert der Pflanzenkost noch weiter herabsinken und dieser eigentlich nur darin bestehen, eine Füllung des Magens hervorzurufen und damit das im Leben unangenehmste Gefühl, den Hunger, zu beseitigen. Damit ist der Widersinn der nur für Rohkost schwärmenden Vegetarianer wohl genügend gekennzeichnet, mag auch ein B i r c h e r - B r e n n e r, „dirigierender Arzt des Zentralbades in Zürich", zu ihren Gunsten eine neue Theorie über die e n e r g e t i s c h e W i r k u n g der Ernährung konstruieren, welche übrigens nur einem Photographen, Gustav S c h l i c k e y s e n, nachempfunden ist, der zwar nicht von energetischer Wirkung spricht, sondern von der „Uebertragung eines Fluidums, welches der eigenen Lebens- und Spannkraft verwandt ist und zugute kommt".

Digitized by Google

Stoffwechselversuche von J. Hartmann, Rutgers, Karl v. Voit, von dessen Schülern E. Voit und Konstantinidi, von Rumpf und O. Schumm und in neuerer Zeit von Albu, haben vor allem gezeigt, welche Schwierigkeiten die Erhaltung des Stoffwechselgleichgewichtes bei vegetarischer Kost bietet.

Neben der schlechten Ausnützung der Nahrung, ist der geringe Eiweißgehalt für diese Schwierigkeit verantwortlich zu machen. Der Versuch von Rumpf und Schumm hat gezeigt, daß die Erhaltung des Stoffwechselgleichgewichtes bei vegetarischer Kost nur dann möglich ist, wenn das Eiweißminimum (in diesem Fall 73 g Eiweiß) der Nahrung durch vermehrte Zufuhr eines der anderen Nahrungsstoffe ausgeglichen wird. Noch deutlicher trat diese Bedingung zutage in der Stoffwechseluntersuchung, welche Albu an einer Dame, welche seit sechs Jahren vegetarisch lebte, anzustellen Gelegenheit hatte.

Die Eiweißarmut der vegetarischen Diät wird von ihren Anhängern als ihr Hauptvorzug gepriesen. Gewiß leidet unser heutiges Ernährungsschema noch immer unter der von Liebig ausgehenden Luxuskonsumtion des Eiweiß, trotzdem darf man sich nicht der Ueberzeugung verschließen, daß auf die Dauer ein Verharren auf der Zufuhr eines Eiweißminimums (50—60 g) für die Ernährung kaum zu überwindende Schwierigkeiten bietet. Speziell auf dem Gebiete der Therapie ist dies, wie ich zu behaupten noch Gelegenheit haben werde, von großer Bedeutung.

Die Ausnützung der Nahrung ist gleichfalls ein wesentlicher Faktor in der Beurteilung derselben, denn davon hängt vor allem die Verdaulichkeit ab, sowie es notwendig ist, bei schlecht ausnützbaren Nahrungsmitteln zur Deckung des Stoffbedarfes größere Mengen zuzuführen, welche zu einer übermäßigen Belastung und Inanspruchnahme des Verdauungstraktes führen.

Im allgemeinen ist die Ausnützung der pflanzlichen Kost im Darmkanal eine ungünstigere als die der gemischten Kost, und erstreckt sich diese Verschlechterung auf alle drei Gruppen der Nahrung. Der Grund dafür ist in dem Zellulosegehalt der Vegetabilien zu suchen, denn der menschliche Darm ist nicht imstande, die Zellulose aufzuspalten und dadurch die von derselben eingeschlossenen Eiweißkörper oder Kohlehydrate der Resorption zugänglich zu machen.

Deshalb ist bei der Wahl der Vegetabilien und ihrer Zubereitung darauf die Aufmerksamkeit zu lenken, daß diesem Fehler möglichst abgeholfen wird. Mehle müssen besonders feine Sorten sein, denn durch den Mahlprozeß wird die Zellulosehülle gerissen und die Stärke befreit. Es ist daher sehr widersinnig, wenn die Vegetarier für grobe Mehlsorten schwärmen oder gar nur zerquetschte und nicht gemahlene Getreidekörner gutheißen. Auch die Gemüse und Obstarten müssen, sollen sie von dem Fehler der Schwerverdaulichkeit befreit werden, in fein verteilter Form als Mus oder Püree genossen werden.

Schon aus diesen zwei wichtigsten Punkten — Eiweißarmut und mangelhafte Ausnützung — erhellt, daß die rein vegetarische Diät den Forderungen der Ernährungsphysiologie nicht zu entsprechen vermag.

Anders verhält es sich bei der vegetarischen Kostordnung, welche den „vegetabilischen Diätkuren“ entspricht und die von den gemäßigsten Vegetarianern beobachtet wird. Neben der pflanzlichen Nahrung noch Milch, Butter und Käse.

Der geringe Eiweißgehalt schwindet, es tritt sogar ein für den Stoffwechsel sehr günstiges Eiweiß, das phosphorreiche Kasein ein und wird durch die gebotene Möglichkeit einer reichlicheren Fettzufuhr ein kräftiger Schutz dem Körpereiweiß gewährt.

Hat die vegetarische Diät nicht doch Vorteile? Gewiß; doch nicht für den gesunden Menschen, dessen physiologischen Anforderungen sie nicht genügen kann oder die sie wenigstens nur schwer zu erfüllen vermag, sondern in gewissen pathologischen Zuständen, in welchen ein Abweichen von der Norm der Ernährung ein Hauptfaktor der Therapie ist.

Man muß bei der Anwendung der vegetarischen Diät in der Krankenernährung

Digitized by Google

zwischen einer nur vorübergehenden „Diätkur" und der Einführung eines vegetarischen Regims als bleibende Ernährungsform unterscheiden. In der Mehrzahl der Fälle wird es sich nicht um eine „strenge vegetarische" Diät handeln, sondern um die mildere Form, um die „laktovegetabile" Diät (nach Albu).

Für die Durchführung der vegetabilischen Diät sind gewisse allgemeine Gesichtspunkte maßgebend.

Die gemischte Kost bedingt eine Reihe von Schädigungen für den kranken Organismus, die für den gesunden entweder nicht in Betracht kommen, oder sogar zum Vorteil gereichen. In den Vordergrund treten die sowohl die Appetenz als auch die Verdauung anregenden Substanzen, an welchen das Fleisch reich ist; es sind die Extraktivstoffe des Fleisches. Dieser Ausfall des Reizes der Fleischnahrung spielt in vielen Krankheitsformen eine große Rolle.

Diese Reizlosigkeit ist sowohl der vegetarischen Diät im engeren Sinne, als auch der laktovegetabilen Diät eigen, so daß wir uns zunächst für die letztere entscheiden werden, wenn es sich nur um die Ausschaltung des schädigenden Reizes handelt.

Was für die physiologische Ernährung manchmal von Nachteil ist, bringt in der Diätetik pathologischer Zustände oft Vorteile. Ich habe eingangs auf die Minderwertigkeit der Pflanzenkost vom Standpunkt der Kalorienernährung hingewiesen. Gerade diese dadurch bedingte Unterernährung (Kolisch) wird den Ausschlag geben, wenn wir zur vegetarischen Ernährung übergehen. Albu weist zwar diese Interpretation zurück, denn nach ihm wird eine solche „Unterernährung" nur dadurch vorgetäuscht, daß die Vegetarier mit einer geringeren Kalorienzahl als andere Menschen ihren Körper zu unterhalten vermögen. Ist denn ein Vegetarier ein anderer Mensch? Gewiß nicht; und bis er sich auf das geringe Kostmaß eingestellt hat, ist es für ihn eben auch eine Unterernährung.

Neben diesen allgemeinen Indikationen zur Einführung der vegetabilen Kost sind es im Wesen der Krankheit liegende spezielle Anzeigen, welche uns veranlassen, die Darreichung der gemischten Kost gegen die Pflanzenkost auszuwechseln.

Gerade die Stoffwechselanomalien — Gicht, Diabetes, Fettleibigkeit — geben oft Veranlassung eines solchen Regimewechsels.

Die Gicht ist in ihrer Aetiologie geradezu das Paradigma einer Erkrankung, welche die Ausschaltung des Fleisches erfordert. Ich will hier nicht näher darauf eingehen, ob es der die Harnsäurebildung begünstigende Gehalt des Fleisches an Nukleinen ist, oder ob der „Nahrungsreiz" bei der Fleischkost und die damit im Zusammenhang stehende Verdauungsleukozytose die ursächlichen Momente für die Schädlichkeit des Fleischgenusses bei der Gicht sind. Genug, die praktische Erfahrung lehrt, daß die Bildung der Harnsäure bei vegetabilischer Kost abnimmt und daß vor allem die Symptome zurückgehen.

Dasselbe gilt von der mit der Gicht verwandten uratischen Diathese, ob diese sich nun in Gelenksschmerzen oder neuralgischen Nervenschmerzen äußert.

In allen diesen Fällen hat man von der vegetarischen Diät immer nur Vorteile gesehen.

Eine in der Frage des Wertes der vegetabilischen Diätkuren gleichsam paradoxe Stellung nimmt die Anwendung der vegetarischen Diät beim Diabetes ein. In allen Diätverordnungen für Diabetiker findet man die Vorschrift des reichlichen Genusses grüner Gemüse. Damit ist eigentlich nur ein Uebergang zur vegetarischen Diät geschaffen. Was damit bezweckt wird, ist im allgemeinen noch dunkel. Am wahrscheinlichsten klingt die Erklärung von Kolisch, der, von dem Bouchardat'schen Grundsatze in der Diabetestherapie: „laisser manger le moins possible" ausgehend, durch die reichliche Pflanzenkost den bei der sonst üblichen Diabetesdiät übermäßigen Nahrungsreiz herabgesetzt sehen will. Die vegetarische Kost trägt dem Rechnung, indem es zwar den Hunger stillt vermöge ihres größeren Volumens, wegen ihrer schlechten Ausnützbarkeit mehr einer Hungerdiät gleichkommt, der Naunyn, v. Noorden

Digitized by Google

u. a. einen kurativen Einfluß auf den Diabetes zuschreiben.

Aus diesem Grunde hat auch v. Noorden auf die von Naunym in der Diabetestherapie eingeführten Hungertagen Abstand genommen und ist für die Einschaltung von „Gemüsetagen" eingetreten.

Auch die Fettleibigkeit bietet für die Anwendung der vegetarischen Diät ein ganz geeignetes Feld. Ebenso wie beim Diabetes die durch die schlechte Ausnützung bedingte Unterernährung den für den Organismus bestehenden Nachteil zum Vorteil macht, bewirkt diese Diät bei der Fettleibigkeit, daß zwar der Hunger gestillt wird, doch das Gesamtkostmaß, welches dem Organismus zugute kommt, auf ein Minimum herabgedrückt werden kann, besonders wenn darauf Bedacht genommen wird, die Zufuhr der sonst erwünschten, gut assimilierbaren Kalorienträger, Zucker und Fett, auf das Mindestmaß zu reduzieren.

Für eine Dauerernährung eignet sich die vegetarische Kost bei den beiden letztgenannten Stoffwechselanomalien nicht, beim Diabetes ist dies schon im Wesen der Krankheit begründet, bei der Fettleibigkeit wegen der Unmöglichkeit, jemanden, es sei denn ein überzeugungstreuer Vegetarier, länger als höchstens einige Wochen bei einem derartigen Regim zu halten, ohne Gefahr zu laufen, daß der Patient die Vorschriften bei jeder Gelegenheit überschreitet. Die vorübergehenden vegetabilischen Kuren bringen aber zweifellos in dem einen wie in dem anderen Falle große Vorteile. Die vegetarische Diät erfreut sich des Rufes einer Schonungsdiät. Deshalb wird ihre Anwendung dann in Frage kommen, wenn durch die Diät ein Organ vor den Schädigungen, welche die Stoffwechselprodukte der gemischten Kost bedingen, bewahrt werden soll. Am meisten von diesen Schädlichkeiten ist die Niere betroffen.

Dujardin-Beaumetz tritt lebhaft für die vegetarische Diät bei Nephritis ein und nicht ohne Grund. Die bei der akuten Nierenentzündung so beliebte absolute Milchdiät soll ja auch nichts anderes sein als eine Schonungsdiät; die Nachteile, welche eine derartige Milchdiät mit sich bringt, sind im Vergleich zu ihren Vorteilen, welche auch noch bestritten sind, viel größer, als mancher ahnt.

Die leitende Idee ist, die im Fleische enthaltenen Basen, die Nierengifte, zu vermeiden. Muß man deswegen die Nieren und die davon abhängende Zirkulation durch große Milchmengen schädigen? v. Noorden hat gezeigt, in wie innigem Zusammenhang große Flüssigkeitszufuhr und Herzdilatation bei der Nephritis stehen und daß Flüssigkeitsbeschränkung diese Komplikation, ohne die fortschreitende Besserung der Nephritis aufzuhalten, beseitigt. Ich bin von der Milchdiät bei Nephritis ganz abgekommen und habe in einer lakto-vegetabilen Kost eine weit bessere Diät für die Nephritis gefunden.

Während hier die Reizlosigkeit der Pflanzenkost die spezielle Indikation für ihre Anwendung ist, spielt in den Erkrankungen des Verdauungstraktes, bei welchen man bei vegetarischer Ernährung Erfolge gesehen hat, die Reizwirkung derselben eine große Rolle. Der Reiz, welchen die Kost hervorruft, ist zunächst ein mechanischer, indem der Schlackenreichtum auf die Peristaltik einwirkt und den Darm zu regerer Tätigkeit und Sekretion anregt. Bei leicht atonischen Zuständen des Darmes, welche mit chronischer Obstipation verbunden sind, kann das vegetarische Regime geradezu heilend wirken. Es kann aber nicht genug auf strenge Individualisierung gesehen werden, denn sonst würde mit einer derartigen Ernährung geradezu Unheil angerichtet werden. Schwere Atonie, speziell des Magens, anatomische Veränderungen der Magen- oder Darmschleimhaut sind strikte Kontraindikationen. Ich habe vor kurzem einen Fall gesehen, bei welchem nach einer vegetabilischen Diätkur wegen Atonie und Enteroptose hohes Fieber auftrat, das auf eine Autointoxikation zurückzuführen war, weil der Darm nicht imstande war, die voluminösen Fäzes weiter zu befördern und es zu einer ganz gewaltigen Kotstauung kam.

Soll der unzweifelhafte Wert der vegetarischen Diät, auch bei den letztge-

Digitized by Google

nannten Erkrankungen, sowie bei den nervösen und katarrhalischen Darmaffektionen nicht verloren gehen, ist auf die Zubereitung zu achten. In den Fällen leichter atonischer Zustände ist die derbe Kost der Heilfaktor, in allen übrigen muß die feinste Verteilung, also die Breiform, in Verwendung kommen, denn die fein verteilten Muse und Pürees wirken nicht reizend und sind speziell bei katarrhalischen Zuständen einer gemischten Kost vorzuziehen.

Subakute und chronische, mit Diarrhöen einhergehende Darmkatarrhe trotzen oft jeder medikamentösen Therapie, wenn selbst die leichtest verdauliche gemischte Kost beibehalten wird, werden aber mit einem Schlage gut, wenn von jeder Fleischnahrung abgesehen wird und laktovegetabile Kost in Breiform gegeben wird. Unter dieser Ernährungsform kann bei den stark herabgekommenen Patienten in kurzer Zeit eine beträchtliche Körpergewichtszunahme erzielt werden.

Eine wesentliche Unterstützung leisten die durch die vegetarischen Bestrebungen geförderten und in den Handel gebrachten vegetabilischen Nährpräparate; es sind dies zumeist fein gemahlene und gewalzte Produkte der fettreichen Nußarten und Körnerfrüchte, wie die Protose und die Bromose, die verschiedenen Malzpräparate und die verschiedenen Pflanzeneiweißpräparate, wie Gluten, Granose etc.

Ein strittiges Gebiet für die therapeutische Verwertung der vegetarischen Diät ist das der verschiedenen Herzkrankheiten, speziell die Arteriosklerose. Während wir gerade in der vegetabilen Ernährung wegen des großen Gehaltes an Kalksalzen die Ursache für die Verkalkung sehen, gilt den anderen die reichliche Ernährung, bedingt durch die gemischte Kost, als das provozierende Moment.

Nach Strasser kommt bei der übermäßigen Fleischnahrung zweierlei in Betracht. Erstens, weil die Bildung von Toxinen und Ptomänen bei ihr größer ist und auf toxischem Wege Embryonalstadien der Arteriosklerose bewirken kann; in zweiter Reihe die Luxuskonsumtion, das Mißverhältnis zwischen Zufuhr und Verbrauch. Deshalb tritt Strasser für eine vorübergehende vegetabilische Diätkur, zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes ein, ebenso wie bei den plethorischen Zuständen, welche sich gewöhnlich mit der Arteriosklerose entwickeln.

Außer den erwähnten Indikationen sind noch andere Krankheitsanzeigen, welche für eine vorübergehende, oder selbst dauernde Ernährung mit Pflanzenkost geeignet sind, die ich nur kurz erwähnen möchte. Von den konstitutionellen Krankheiten die Hämophilie, der Skorbut, die Chlorose (Strasser) der Morbus Basedowii, von den Hautkrankheiten: Psoriasis, Urtikaria, Furunkulose etc.

Wie Sie, meine Herren, aus dieser Zusammenstellung ersehen, bietet die therapeutische Anwendung der vegetarischen Diät genug Gelegenheit, sich mit dieser Frage zu beschäftigen, und hoffe ich, den Zweck meines Vortrages damit erfüllt zu haben.

Die Hydriatik des Tetanus.

Von Dr. **J. Sadger**, Wien-Graefenberg.

Bekanntlich gehört der Tetanus zu jenen Infektionen, von welchen wir den Krankheitserreger kennen, für die wir sogar ein Serum haben, und bei denen der Kranke nach der üblichen Behandlung ganz ebenso stirbt, als wenn wir all jene Dinge nicht hätten. Die leichteren Fälle heilen von selbst, die schwereren sterben mit oder ohne Einspritzung von Serum. Auch die Höchster Farbwerke haben diesen erfahrungsgeborenen Satz nicht umstürzen können, so wenig als Tizzoni mit seinem Tetanus-Antitoxin.

Wie jedermann weiß, ist der Heilserumrausch beim Tetanus niemals sehr stark gewesen. Die sogenannten „Heil"-Erfolge waren am Ende doch gar zu dürftig und selbst der Serum-Apostel Behring be-

Digitized by Google

kannte noch in Lübeck 1895: „Man sieht, die Serumtherapie hat bei den hier von mir erwähnten Krankheiten (Diphtherie, Tetanus, Tuberkulose), abgesehen von der Bekämpfung der Diphtherie, mehr Hoffnungen als Leistungen für die Praxis aufzuweisen.“ Edmund Rose erklärte 1897 in seiner Monographie:[1]) „Soweit mir bis jetzt die Krankengeschichten zugänglich sind, hat sich ein Erfolg für die schweren Fälle (die heftigen und frühen Fälle) beim Starrkrampf nicht herausgestellt.“ Und weiters an einer zweiten Stelle: „Wir sind also bis jetzt nicht imstande, nach unserem Maßstab einen für die Heilserumtherapie beim Tetanus beweiskräftigen Fall anzuführen.“ Zwar hat dagegen Max Engelmann in Leipzig[2]) 54 Fälle mit 39 Heilungen (72%) infolge von Serum aus der Literatur zusammengetragen und kommt zu dem Schlusse: „Sowohl das Tizzonische, wie auch das jetzt gebrauchte Behring'sche Tetanus-Antitoxin vermögen den Krankheitsverlauf zu beeinflussen. Allein schon Köhler,[3]) der den Engelmann'schen Ziffern noch 42 weitere Fälle anfügt, mit 65·6% Heilungen nach Serumeinspritzung, ist um vieles vorsichtiger. „Unsere Zahlen scheinen mir den Schluß zu gestatten, daß die Serumtherapie die Sterblichkeit der Tetanuskranken herabzusetzen imstande ist, anderseits aber wäre es durchaus unberechtigt, einen auffallend günstigen Einfluß der Serumanwendung auf den Verlauf des Tetanus behaupten zu wollen.“ Und bald darauf: „Sollte nicht vielmehr der Hauptnachdruck bei der Frage nach dem vermutlichen Erfolge des Serums auf den von vornherein schweren oder leichteren Charakter des Tetanus bei dem betreffenden Individuum zu legen sein?“

Im Jahre 1900 war Behring schon äußerst kühn geworden. „Auf Grund der privatim von mir gesammelten Beobachtungen halte ich die Herabsetzung der Tetanusmortalität bei den Menschen auf 15—20% für sehr wahrscheinlich, wenn die Seruminjektion sofort nach Erkennung der ersten Krankheitssymptome gemacht wird.“[4]) Und gleichzeitig stellte er zwei Bedingungen auf, die erfüllt werden müßten, den Erfolg zu sichern: es dürfte 1. die Serumbehandlung nicht später als 30 Stunden nach Erkennung der ersten Tetanussymptome eingeleitet werden und 2. die auf einmal subkutan gegebene Antitoxindosis nicht weniger als 100 A. E. betragen. Die Antwort sollte nicht lange ausbleiben. Im Jahre darauf publizierte Wilms[5]) vier Tetanusfälle aus der Leipziger Klinik, bei welchen die obigen Bedingungen Behrings mehr als erfüllt wurden und trotzdem sämtliche Kranke verstarben. In neuester Zeit haben Schuckmann[6]) und Tourneau,[7]) nachdem ihnen Kranke trotz sorgsamster Beobachtung jener Vorschriften ganz prompt verschieden, die Serumliteratur einer scharf kritischen Prüfung unterzogen. Der erstere kam zu dem Schlußergebnis: „Die von Behring ausgesprochene Ansicht, daß durch Einleitung der Serumtherapie nicht später als 30 Stunden nach Beginn der Erkrankung eine weitere Herabsetzung der Tetanusmortalität eventuell bis auf 15% eintreten würde, hat sich bisher in keiner Weise bestätigt.“ Der letztere hinwider führt die günstigsten Ziffern von Engelmann und Köhler darauf zurück, daß sie größtenteils Einzelfälle angezogen, denen für die Statistik kein Wert zukomme. Denn es sei ja natürlich und durchaus menschlich, einen günstig verlaufenden Krankheitsfall gern zu veröffentlichen, während ein ungünstiger vorenthalten werde. Nur Sammlungen aller in einem Krankenhause behandelten Fälle hätten wirklich statistischen Wert und da habe z. B. die Zusammenstellung von Th. Pfeiffer[8]) (22 Fälle aus der Prager, Wiener und Grazer Klinik) ergeben, daß von 14 ohne Antitoxin Behandelten bloß 50% starben, während von den 8 mit Serum Injizierten bloß ein einziger davonkam (87·5% Mortalität). Er schließt mit den Worten: „Durch die Anwendung des bis jetzt verwendeten Behring'schen Antitoxins ist eine nachweisbare Verminderung der Sterblichkeit der Tetanuskranken nicht erzielt worden.“

Da die schweren Formen so aussichtslos sind und durch Serum so wenig beeinflußt werden, ist mehr als anderswo die

Digitized by Google

Frage berechtigt: Läßt sich hydriatisch da gar nichts leisten? Da wissen wir zunächst, daß schon Wright und Currie gegen Tetanus kalte Sturzbäder brauchten und damit gute Erfolge erzielten. Doch sind anderseits im Anschluß an dieses Verfahren und noch mehr an kalte Bäder erneute heftige tetanische Anfälle, ja selbst der Exitus letalis vermeldet. Sehr eingehend, aber freilich oft schwer durchzuführen sind Prießnitzens Vorschriften. Schon der Anfang des Starrkrampfes erfordert nach ihm eine energische umsichtige Behandlung. „Beim Eintritt des Starrkrampfes einzelner Teile, wie des Kinnbackenkrampfes, leisten starke Reibungen dieser Teile mit genetzten Händen, ableitende Fuß- und Halbbäder in abgeschrecktem Wasser mit kräftigem Frottieren der Füße, später Klystiere und Umschläge über die befallenen Teile gute Dienste. Hat sich die Krankheit schon über den ganzen Körper verbreitet, dann werden Halbbäder von abgeschrecktem Wasser notwendig, in welchen der Kranke unter starkem Frottieren des ganzen Körpers, besonders aber des Rückens, der Schenkel und Füße, unter zeitweiligem Begießen des Kopfes und Nackens mit abgeschrecktem oder, wenn der Anfall nachzulassen beginnt, mit frischem Wasser solange verweilt, bis die Erscheinungen nachlassen und der Kranke vollkommen beruhigt erscheint, was meist auch hier erst nach dem Eintreten und Vorübergehen eines oft bedeutenden Schüttelfrostes, oft erst nach mehreren — in zwei extremen Fällen in neun und zehn Stunden — erreicht wurde. Ist es möglich, den Kranken während dieser Zeit ab und zu etwas frisches Wasser trinken zu lassen, so ist das gewiß immer von großem Nutzen.

Haben sich alle Erscheinungen beruhigt, so wird der Kranke, nachdem ihm ein Klystier gesetzt ward, zu Bett gebracht; hat er sich hier vollständig erwärmt und kehrte der Krampf nicht zurück, so wird er dann in nasse Leintücher (darunter sind feuchte Einpackungen zu verstehen) geschlagen, die den Umständen gemäß mehr oder weniger rasch und oft gewechselt werden müssen, bis alle Symptome vollständig gewichen sind, bis auch das leiseste Gefühl des Zuckens und Kriebelns aufgehört hat und der Kranke sich, wenn auch schwach, doch vollkommen wohl fühlt. In dem letzten der angewandten Leintücher wird ein gelindes Dunsten, auch wohl, wenn es die Kräfte des Kranken erlauben, ein mäßiges Schwitzen abgewartet und dann ein abgeschrecktes Halbbad und darauf ein Klystier angewendet und erwärmende Umschläge um den Magen (dreistündlich gewechselte Leibbinden) gemacht, die ungemein viel zur Beruhigung der aufgeregten Nerven beitragen. Kehren die Krämpfe während der Erwärmung nach dem Bade im Bett oder in der Umhüllung der nassen Leintücher zurück, so muß das Halbbad unverzüglich wiederholt werden, doch wird eine solche dem Kranken und der Umgebung lästige Wiederholung meistenteils vermieden, wenn man mit der Anwendung des ersten Bades nicht zu rasch, bevor es vollkommen seine bezweckte Wirkung getan hat, abbricht und sich durch die Bitten und Klagen des Kranken oder seiner Angehörigen nicht irre machen läßt. Die Nachbehandlung muß auf die Hebung der Kräfte des angegriffenen Kranken Rücksicht nehmen und Rückfälle zu verhüten trachten. Hiezu dienen zweimal täglich je eine kurze feuchte Einpackung (20—30 Minuten bis zur Erwärmung des Lakens), Leibbinden und Klystiere."

So trefflich die Vorschriften des Vaters der Wasserheilkunde sind, sie leiden an dem großen Nachteil, daß ihre Durchführung ein ungeheures Dienerpersonal erfordert. Man bedenke nur, daß zu den stundenlangen Halbbädern immer je vier Wärter nötig sind, von welchen zwei den Oberkörper, zwei andere die Beine zu reiben haben, daß ferner diese Vierzahl nach jeder Viertelstunde abgelöst werden muß und man wird begreifen, daß die Prießnitz-Methode nur dort anwendbar, wo geschultes Personal in überreichem Maße zur Verfügung steht.

Den Wright'schen Sturzbädern nähert sich das Verfahren von C. A. W. Richter,[9]) der von seiner Methode für die meisten Tetanusfälle einen sicheren Erfolg verspricht: „Eine ziemlich große Handspritze

Digitized by Google

wird mit kaltem Wasser gefüllt und durch einen energischen Druck auf die letzten Halswirbel und den unteren Teil des Hinterhauptes entleert; die Prozedur ist zwei- bis dreimal zu wiederholen. In Ermanglung einer Spritze tut der aus einem mit einem Gusse versehenen Topfe in der Höhe von 5—6 Fuß herabgegossene Strahl kalten Wassers gute Dienste. Darauf wird der Kranke 4—5 Minuten lang naß abgerieben, abgetrocknet, erhält ein kaltes Lavement und wird ins Bett gebracht, wo sich bald bei eintretendem Schweiße der Krampf zu lösen pflegt. Ist dies in 15—20 Minuten nicht geschehen, dann muß das ganze Verfahren noch einmal wiederholt werden."

Viel häufiger als die kalten Prozeduren ward bei Tetanus die Wärme genützt, und zwar hydriatisch als protrahierte heiße Bäder, als Dampfbäder, trockene, sowie feuchte Packung, und endlich in unhydriatischer Form. Die warmen und heißen Applikationen sind schon seit Jahrhunderten gegen Tetanus im Brauche. So ist bekannt, daß Ambrosius Pareus einen tetanischen Soldaten dadurch heilte, daß er ihn ganz in warmen Mist einschlug. Im amerikanischen Freiheitskriege wurde ein Matrose mit akutem traumatischen Tetanus während der Schlacht in den unteren Schiffsraum gebracht, dort bei der Heftigkeit des Gefechtes ganz vergessen und in stickender Hitze genesen wieder gefunden. Verson, Arzt am Hospital in Triest, empfahl bei Tetanus neonatorum, die Kinder dreistündlich bis zur Nase in warme Leinsamenkataplasmen zu packen.[10]) Andere haben diesen Fällen analog das permanente Dampfbad bei Tetanus empfohlen und selbst bei Kindern mit günstigem Ausgange angewendet. Die warmen Bäder erfreuten sich von jeher schon guten Rufes und wurden besonders von den französischen Autoren gepriesen. Larrey z. B. schildert mehrere Fälle, wo die Tetanischen nach einem warmen Bade doch mindestens etwas genießen konnten. Andere, wie Rieß in Friedrichshain, gingen noch weiter und applizierten das permanente Wasserbad. Doch kann dies Rose aus eigener Erfahrung keineswegs rühmen. In neuester Zeit endlich wurden von dem Spanier Ribos Perdijo[11]) warme Bäder von 29° R. und zwei- bis vierstündiger Dauer möglichst häufig wiederholt unter möglichster Vermeidung aller irritierender Momente, mit äußerst günstigen Resultaten verwendet. Zu erwähnen wäre noch der Vorschlag Roses, Leintücher in heißes Wasser zu tauchen und auszuringen, den Kranken in dieselben einzuhüllen und sodann mit trockenen Flanelldecken abzuschließen.

Die protrahierten warmen Bäder und Dampfprozeduren haben einen großen, gewichtigen Nachteil: Sie sind in der häuslichen Praxis fast gar nicht und selbst in wohleingerichteten Spitälern nur äußerst mühsam durchzuführen. Auch fehlt bei ihnen der so wohltätige Wechsel von warm und kalt, welcher nicht nur das zentrale Nervensystem so günstig beeinflußt, sondern auch das Schwitzen und Dunsten steigert. Ihre Vorzüge sind die subjektive Besserung im Befinden des Kranken, indem unter warmen Applikationen die Starre nachläßt, sowie die Begünstigung der Ausscheidung des in den Körper eingedrungenen Giftes. Nun entsteht die Frage: Lassen sich die angeführten Nachteile der Prießnitz'schen und der Wärmebehandlung nicht etwa ausschalten und nur die Vorzüge beider vereinen? Darauf gibt eine Krankengeschichte Antwort, die Sanitätsrat Dr. J. Andresen, Besitzer der Wasserheilanstalt Sophienbad in Reinbeck schon im Jahre 1875 publizierte[12]):

„Der Fall betraf einen jungen kräftigen Landmann von 20 und etlichen Jahren. Es war an einem Sonntag-Nachmittag, als ein Wagen zu mir geschickt wurde, mit der Bitte, einen Kranken zu besuchen, der am Oberkörper ganz steif darniederliege, Kopf und Nacken nicht drehen könne, angeblich an Rheumatismus litte und seit dem Tage vorher von einem Arzte bereits mit Schweißmitteln und flüchtigen Einreibungen, aber ohne Erfolg, bis dahin behandelt wurde. Auf weiteres Befragen, ob er den Mund zu öffnen imstande sei, erhielt ich die Antwort, daß die Zähne fest aufeinander geklemmt stünden und daß das Gesicht ganz verzerrt wäre; auf Nachforschen, ob er vielleicht eine Wunde am

Digitized by Google

Körper habe, wurde mir mitgeteilt, daß ihm etwa 14 Tage vorher beim Bau eines neuen Schulhauses das vordere halbe Daumenglied durch den Fall eines schweren Steines auf dasselbe abgequetscht worden sei. Es war jetzt klar, daß ich einen Kranken mit der Mundklemme (Trismus) und mit bereits eingetretenem Wundstarrkrampf antreffen würde. Einige Stunden nachher befand ich mich mit dem behandelnden Arzte zusammen am Krankenbette. Bei der Konsultation im Nebenzimmer, die auf meine Veranlassung in Gegenwart der nächsten Angehörigen abgehalten ward, wurde konstatiert, daß zweifellos hier ein Wundstarrkrampf vorliege, und daß von einer Verwechslung mit einer anderen Krankheit nicht die Rede sein könne, daß der Arzneischatz kein wirksames Mittel gegen diese Krankheit besitze, und daß nach gewöhnlichem Verlaufe der Tod in einigen Tagen erfolgen würde. Ich ließ dies umsomehr in Gegenwart der Verwandten bestätigen, als, wenn ich eine Behandlung mit der Wasserkur vornehme, ein etwaiger Mißerfolg mir nicht zur Last gelegt werden sollte. Darin wurden wir uns bald einig, daß, ehe wir uns bloß zur Erleichterung des Kranken auf den Gebrauch des Morphiums und des Chloroforms beschränken sollten, jedenfalls mit dem Wasser der Versuch gemacht werden müsse, da der Kranke sonst rettungslos verloren sei. — Auf dem Lande hat man selten die nötigen Vorrichtungen zu Bädern und so ging es auch hier. Ein großer Backtrog, wie man ihn in Bauernhäusern oft findet, aus einem dicken Baumstamm hergestellt, diente als Badewanne. Diese wurde mit warm-heißem Wasser von 33° R. angefüllt und hierin der Kranke, nachdem er entkleidet war, hineingelegt; diese Prozedur ging schwer von statten, denn der ganze Körper befand sich in einer gebogenen Stellung, alle Muskel waren steinhart zusammengeballt, der Kranke hatte eigentlich nur auf dem Hinterkopf und auf den Nacken gelegen. Es war nun mein Plan, durch das heiße Bad, wenn auch nur momentan, Erschlaffung der Muskeln zu erzielen, um es wenigstens zu ermöglichen, den Patienten in die Wickel zu legen. Er sollte dann ferner abwechselnd in die trockenen Wickel zur Schweißerzeugung und dann sofort in die nassen Wickel zur Beruhigung der Nerven gelegt werden; und zwischen diesen beiden Prozeduren jedesmal ein kühles Bad mit kalten Begießungen, vorzugsweise längs der Wirbelsäule, zur Anwendung kommen. Ich ging nämlich von dem Gesichtspunkte aus, an der Peripherie des Körpers einen forcierten Prozeß in Szene zu setzen, forcierter womöglich, als wie der krankhafte, der im Innern tobte, um damit Ableitung nach außen und Beruhigung des Gesamtnervensystems zu erwecken. Nach viertelstündigem Aufenthalt im heißen Bade war insoweit Erschlaffung der Muskeln eingetreten, daß der Kranke, gerade ausgestreckt, in die trockene Wolldecke gelegt werden konnte. Er blieb darin drei Stunden bis zur mäßigen Schweißerzeugung liegen, darauf folgte ein kühles Bad mit den oben besprochenen Begießungen, unmittelbar nachher mußte er wieder in die nasse Einpackung mit nachfolgendem Bade, und so ging es Schlag um Schlag, alle drei Stunden, volle 96 Stunden hindurch, vier volle Tage und Nächte. Der Erfolg rechtfertigte diese schrecklichen, diese barbarischen Eingriffe: nach 24 Stunden einer solchen Behandlung war der Trismus vorüber, nach 48 Stunden der Tetanus; nur aus Vorsicht, um des Erfolges auch ganz sicher zu sein, ließ ich auch diesen ersten 48 Stunden die zweiten in gleicher Weise nachfolgen. Daß diese Vorsicht ihre Begründung hatte und nötig war, werden wir gleich sehen. Nachdem der Kranke seine 96 Stunden so verbracht hatte und der ganze Körper geschmeidig und frei war, wurde er aus dem Wickel genommen und ihm ein laues Bad von 22° gegeben, darauf wurde er mit Wäsche versehen und in ein reines Bett gelegt. Noch sehe ich das überglückliche Gesicht, als er, aller seiner Qual und Pein überhoben, sich frei und frisch von der einen zur anderen Seite im Bett umherlegte und dem Leben sich wiedergegeben fühlte. Selbst froh und innerlich zufrieden, begab ich mich nach Hause. Meine Freude sollte indes bald wieder einigen Abbruch erleiden. Mitten in der darauffolgenden Nacht be-

Digitized by Google

kam ich plötzlich einen Boten, der mir die Kunde brachte, der Kranke sei wieder ganz steif. Ich verordnete, ihn sofort wieder in nasse Wickel zu legen, ihn zwei Stunden darin liegen zu lassen, ihn dann wieder zu baden und, mit Wäsche versehen, wieder frei ins Bett zu legen. Nachdem dieses ausgeführt, sistierte dieser kleine Nachschub sofort. Einige Tage wurde der Patient für mehrere Stunden gewickelt und abgebadet, der Krampf kehrte nicht wieder, er konnte bald das Bett verlassen, er war genesen und vollständig gesund. Nach 14 Tagen besuchte er mich in meiner Behausung."

Vorstehende Beschreibung eines Tetanusfalles ist zwar sehr interessant, doch alles eher als ein Muster von Klarheit. Sogar über einige der wichtigsten Punkte — wichtig zumal in prognostischer Beziehung — sind wir nur kurz oder gar nicht berichtet. Es wird im allgemeinen erzählt, daß das Trauma „etwa" 14 Tage vor Andresens Besuch sich zugetragen hätte, und darnach wäre der Tetanus ein serotinus gewesen, ein spät auftretender, um bei Edmund Roses Einteilung zu bleiben. Das wäre prognostisch ja nicht so ungünstig, wenn anderseits nicht das rasche Auftreten der allgemeinen Starre in allen fünf Graden den Tetanus zu einem „vehemens" machte. Wir wissen zwar nicht, wann der Trismus zum erstenmal beobachtet wurde, ferner wieviel Zeit zwischen diesem und der allgemeinen Starre verstrich, aber sicher bestand komplette oder fast komplette Kieferstarre, als man um Dr. Andresen schickte („die Zähne standen fest aufeinander geklemmt"), und zweitens war der erstdiagnostizierte „Rheumatismus" schon fraglos schmerzhafte tetanische Starre, wenn auch vermutlich wenig verbreitet. Von da ab entwickelt sich in wenigen Stunden das volle Bild des zweiten Stadiums in allen fünf Graden, „wo der Mensch mit Ausnahme der Hände steif wie eine eiserne Brücke daliegt". Wenn ich alles Vorstehende zusammenhalte und auch noch den Rückfall nach 96 Stunden eingreifendster, kontinuierlicher Hydriatik in Rechnung bringe, dann scheint mir der Fall durchaus kein leichter, der von selber heilt und von vornherein gute Prognose gibt, sondern direkt ein schwerer, der mit oder ohne Serum meist stirbt.

Von besonderem Interesse ist aber der Verlauf der Heilung unter der Wasserbehandlung. Wir können natürlich nicht mehr entscheiden, wie weit der Prozeß noch vorgeschritten wäre, ob es ohne Hydriatik zur Ausbildung der drei letzten Stadien auch in unserem Falle gekommen wäre. Aber eines werden wohl alle bestätigen, die je einmal Tetanus ablaufen sahen: unter gar keiner sonstigen, welchen Namen immer führenden Therapie, weder unter Narcoticis, noch unter antiseptischer Chirurgie, noch unter einem sogenannten „Heil"-Serum wäre so plötzliche Heilung möglich gewesen, ein Schwinden des Trismus in 24, ein Aufhören der tetanischen Starre binnen 48 Stunden, zumal bei dem späten Beginn der Behandlung. Mich dünkt das Verfahren Dr. Andresens nach jeder Richtung hin mustergiltig. Das anfängliche heiße Bad mit seiner prompt krampflösenden Wirkung, der Wechsel von trockenen und feuchten Einpackungen mit dazwischen eingeschobenen temperierten Halbbädern entsprechen durchaus den altbewährten hydriatischen Prinzipien. Und last not least kann man diese Methode, wie der oben zitierte Fall erweist, auch im primitivsten bäuerlichen Haushalt unschwer durchführen. Drum sei sie zur Nachahmung und auch zur Nachprüfung wärmstens empfohlen.

Literatur.

[1]) Der Starrkrampf beim Menschen. Deutsche Chirurgie, 8. Lieferung. Diesem heute noch besten und umfassendsten Buch über den menschlichen Tetanus sind auch die verschiedenen Termini entnommen, die prognostischen, pathologischen und mit Aufnahme der Hydriatik auch die therapeutischen Erwägungen. Ich konnte dies umso williger tun, als wohl kein zweiter eine derart große eigene Erfahrung über Tetanus besitzt, als Edmund Rose (96 selbstbeobachtete Fälle!). Die jüngste größere Monographie von Leyden und Blumenthal in Nothnagels „Spezieller Pathologie und Therapie", Bd. V, 2. Hälfte, 1900, ist ganz von Behrings Anschauungen beherrscht. Sie bringt sehr viel über Toxine und Antitoxine, sehr viel Theorien, sehr viel dann endlich über Heilsera der verschiedenen

Digitized by Google

Autoren, über Tier- und Labaratoriumversuche und so gut wie nichts über das, was dem Praktiker wirklich nottut. Nichts von chirurgischen Heilversuchen, wenig von sedativen Mitteln und nichts, aber gar nichts von Schwitzprozeduren und warmen Bädern.

[3]) Zur Serumtherapie des Tetanus. Münch. med. Wochenschr. Nr. 32—34, 1897.

[3]) Zum gegenwärtigen Stand der Serumtherapie des Tetanus. Münch. med. Wochenschr. Nr. 45 fg., 1898.

[4]) Die Wertbestimmung des Tetanusantitoxins und seine Verwendung in der menschenärztlichen und tierärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2, 1900.

[5]) Was leistet das Tetanusantitoxin beim Tetanus des Menschen? Münch. med. Wochenschr. Nr. 6, 1901.

[6]) Zur Frage der Antitoxinbehandlung bei Tetanus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10, 1903.

[7]) Drei Fälle von Tetanus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10, 1904.

[8]) Beitrag zur Therapie und Klinik des Tetanus. Zeitschr. f. Heilkunde, Bd. 23, Nr. 3, 1902. Daselbst auch reiche Literaturangaben.

[9]) Das Wasserbuch. Berlin 1856. Adolf Stubenrauch. S. 303.

[10]) Die letzten drei Beispiele zitiert nach Rose, a. a. O. S. 568 fg.

[11]) Rivista de Medicina y Chirurgia Praticas, Februar 1899; referiert in den Blättern f. klin. Hydrotherapie Nr. 10, 1899.

[12]) Die Wasserkur in ihrer Stellung zur Heilkraft des Organismus und zur ärztlichen Kunst. Berlin. August Hirschwald. S. 71 ff.

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Purgen, ein neues Abführmittel. Von Dr. Rudolf Blum.

Das Präparat gehört in die Gruppe der purgativen Glykoside, dessen wirksames Prinzip, Paraphtalein, aus gereinigtem Phenolphtalein dargestellt wird. Es stellt ein weißes, homogenes Pulver dar, welches in Wasser unlöslich ist. Schon in Dosen von 0·2 g erzeugt es bei Erwachsenen eine breiige Stuhlentleerung ohne vorhergehende Kolikschmerzen. Es wird in appetitlichen, genau dosierten Tabletten zu je 0·05 g für kleine Kinder, zu 0·10 g für Erwachsene und zu 0·50 g für stark obstipierte und bettlägerige Patienten dispensiert. Eine bis zwei Purgentabletten bewirken nach 2—3 Stunden eine breiige Stuhlentleerung ohne jeden vorausgegangenen Kolikschmerz. Durch systematischen Gebrauch des Mittels gelang es Vf. dann, eine automatische Regelung der Darmentleerungen herbeizuführen.

Zu bemerken ist, daß dem Präparat jede nierenreizende Nebenwirkung fehlt.

Als ein besonderes Indikationsgebiet für die Anwendung des Purgens hält Vf. die Fälle von akutem Gastrizismus entweder für sich allein oder in Verbindung mit Kalomel. Auch bei nutritiven Dyspepsien der Säuglinge, namentlich wenn es gilt, den Magen- und Darmkanal in milder Weise zu evakuieren, empfiehlt sich das Purgen, und zwar in Dosen à 0·05 Baby-Purgentabletten. — (Therap. Monatsh., H. 9, 1904.) Laub.

Versuche über die therapeutische Verwendung der Quillajarinde. Von Dr. Zickgraf.

Durch Prof Kobert angeregt, hat Vf. einige Versuche über die Verwendung der Seifenrinde (cortex Quillaiae) als Expektorans angestellt. Die Seifenrinde, von Prof. Kobert als Ersatz der Senegawurzel in den deutschen Arzneischatz eingeführt, enthält als wirksamen Bestandteil zwei Glykoside, die zur Gruppe der Saponine gehören, die Quillajasäure und das Sapotoxin, entsprechend der Polygalasäure und dem Senegin der Senegawurzel. Die Saponinstoffe wirken örtlich sehr reizend und entzündungserregend. Diese reizende, speziell auf die Schleimhäute des Rachens und des oberen Verdauungstraktus sich erstreckende Wirkung hat auch die therapeutische Verwendung bei der Drogen,

Digitized by Google

resp. der daraus gewonnenen Präparate, als Expektorantien verursacht. Die Verordnung beider Drogen erfolgt als Infus oder Dekokt, seltener als Tinktur. Die von Prof. Kobert des öfteren zumal bei der Quillajarinde empfohlene äußerliche Anwendung als Gurgelwasser hat noch nicht allgemeinere Beachtung gefunden.

Nach einigen orientierenden Vorversuchen mit Gurgelungen des Dekoktes in einer Konzentration von 1 : 10 wurde die Behandlung so durchgeführt, daß die Gurgelungen viermal täglich stattfanden, morgens sofort nach dem Aufstehen, eine Stunde vor dem Mittagessen und Vespern und vor dem Zubettgehen.

Die Wirkung des Gurgelns ist dadurch zu erklären, daß im Rachen die Schleimhaut auf die Gurgelung mit einer Schleimabsonderung reagiert und dieser Reiz in den Larynx und die Bronchien reflektorisch fortgeleitet wird.

Es zeigt sich in der Tat bei Quillajagurgelungen eine Vermehrung und Verflüssigung des Auswurfes.

Meist war schon nach ein- bis zweitägigem Gebrauch der Gurgelung eine doppelte Menge, oft noch mehr vorhanden, die sich dann während des weiteren Gurgelns meist gleich blieb.

Es scheint in dieser Hinsicht, besonders bei Emphysematikern, die Gurgelung mit Quillajadekokt demnach zur Lösung des zähen Schleims und Beseitigung des krampfhaften Hustens empfehlenswert zu sein.

Was die Quillajatinktur anlangt, so hat auch sie eine, wenn auch nicht sehr kräftige, expektorierende Wirkung. Etwa in der Hälfte der Fälle, die Vf. mit Quillajatinktur behandelte, ließ sich eine geringe Vermehrung und Verflüssigung des Auswurfes konstatieren. Jedenfalls war die Wirkung niemals so prompt und in die Augen springend, wie bei der Gurgelung mit Dekokt. — (Die med. Woche Nr. 27, 1904.) Laub.

Beitrag zur Behandlung des Diabetes insipidus. Von Dr. Berthold Stein in Nürnberg.

Bei einer 28jährigen Frau entwickelte sich im Anschluß an eine starke psychische Erregung ein schwerer Diabetes insipidus mit fast allen Haupt- und Nebensymptomen (sehr vermehrter Durst, Heißhunger, allgemeine Mattigkeit, Schwindel, Erbrechen, Furcht, Zittern, hochgradig gesteigerte Diurese [15 l pro die] etc.). Nachdem S. der Reihe nach beinahe alle Mittel ohne Erfolg versucht hatte, nahm er seine Zuflucht zu dem von Feilchenfeld in die Therapie des Diabetes insipidus eingeführten Strychnin. nitr. Er begann mit 0·001 g, spritzte diese Dosis fünf Tage nacheinander ein und pausierte dann 3 Tage; in der zweiten Woche stieg er auf 0·003, nach 3 Tagen auf 0·005 und in der vierten Woche auf 0·01 g.

Schon nach der zweiten Injektion ging die Urinmenge von 15 auf 12 l herunter, in der zweiten Woche auf 7, in der dritten Woche auf 5 und von der vierten Woche an blieb sie auf $3^1/_2$—4 l stehen. Ganz entsprechend diesen Zahlen ging auch die Polydipsie zurück.

Ebenso auffällig waren die Veränderungen im Allgemeinbefinden. Das Körpergewicht stieg von 98 Pfund auf 105 Pfund, und die Patientin, die bis dahin kaum eine Stunde gehen konnte, ging nach der Kur 3—4, selbst 5 Stunden ohne Anstrengung. Auch die übrigen krankhaften Erscheinungen schwanden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 36, 1904.) Laub.

Ueber den therapeutischen Wert des Pyrenols, nebst Bemerkungen zur Frage der Salizylwirkung auf das Urogenitalsystem. Von Dr. Fritz Loeb. (Aus der inneren Abteilung des Augusta-Hospitals in Berlin; Geh. Rat Prof. C. A. Ewald.)

Das Pyrenol ist ein weißes, kristallinisches, leicht hygroskopisches Pulver von aromatischem Geruch und süßlichem Geschmack. Es ist in Wasser (1 : 5) und Alkohol (1 : 10) löslich und seiner chemischen Zusammensetzung nach eine Verbindung von Salizylsäure, Benzoësäure und Thymol zu einem Natronsalz.

Das Indikationsgebiet des Pyrenols erstreckt sich 1. auf die Erkrankungen der Respirationsorgane, 2. auf rheumatische Affektionen und solche infektiöser Natur (akuter und chronischer Gelenks- und Mus-

Digitized by Google

kelrheumatismus, Pleuritis, Angina und Gicht).

Vf. hat an einem größeren Krankenmaterial speziell den Einfluß des Pyrenols auf die Respirationskrankheiten geprüft und konnte als Hauptwirkung des Mittels 1. eine expektorierende, solvierende, 2. eine die Neubildung des Sekrets beschränkende, 3. eine auf den Husten sedative Wirkung bei Asthma konstatieren.

Als zweckmäßigste Ordinationsform bewährte sich ihm: Sol. Pyrenoli 9·0—10·0 : 200·0, eventuell unter Zusatz von Syr. Alth., davon zweistündlich einen Eßlöffel zu nehmen, im Husten- oder Asthmaanfall halbstündlich einen Teelöffel. Bei Kindern:

Rp. Sol. Pyrenol. 4·0—6·0 : 180·0
Syr. rub. Idaei ad 200·0

M. D. S. Zweistündlich ein Kinderlöffel voll zu nehmen, bei Keuchhusten halbstündig ein halber Teelöffel voll.

Bei Erwachsenen empfiehlt sich die bequeme Verordnung in Tablettenform à 0·50 g in Originalglas (1 Mark). D. S.: zweistündlich eine Tablette.

Zum Schlusse hebt noch Vf. hervor, daß auch nach fortgesetztem Pyrenolgebrauche keine Nierenreizung, die in Zylindrurie und Albuminurie zum Ausdruck hätte kommen müssen, zu konstatieren war. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41, 1904.)

L a u b.

Styrakol, eine Verbindung von Zimtsäure und Guajakol, als inneres Desinfiziens und Antidiarrhoikum. Von Dr. H. E n g e l s in Berlin.

Schon frühere Arbeiten hatten den Nachweis gebracht, daß die Guajakol-Zimtsäure in hohem Maße den Anforderungen entspricht, die an ein Guajakolersatzmittel zu stellen sind, da sie in hervorragender Weise die Eigenschaft besitzt, Guajakol abzuspalten. Das Styrakol vereinigt in günstiger Weise die starke fäulnishemmende Wirkung des Guajakols mit derjenigen der Zimtsäure, es ist geruch- und geschmacklos und passiert wegen seiner fast gänzlichen Unlöslichkeit in Wasser und verdünnten Säuren den Magen unzersetzt und entfaltet hier keine schädliche Aetzwirkung; im Darmkanal kommt es bald zur Resorption und in seiner gesamten Menge zur Entfaltung seiner Wirkung. Diese Eigenschaften lassen es auch für die Behandlung von Durchfällen a priori sehr geeignet erscheinen. Vf. fand in fast allen Fällen die Peristaltik herabgesetzt, die dem Guajakol eigentümliche anästhesierende Wirkung zeigte sich darin, daß Koliken und Tenesmus sehr bald nachließen, vorher schreiende Kinder wurden ruhig; die Häufigkeit der Entleerungen, die Hypersekretion und katarrhalisch gesteigerte Exsudation wurden vermindert; der Stuhl verlor seinen fauligen Geruch, wurde fester und der Masse nach weniger; der Darm resorbierte besser, Appetit und Körperkräfte hoben sich. Wenn man das Mittel n a c h der Mahlzeit gibt, verschwindet eventuelle Brechneigung. Als zweckmäßige Dosierung ergaben sich bei Säuglingen viermalige Tagesdosen von 0·25, bei älteren Kindern dreimalige von 0·5, bei Erwachsenen von 1·0. Empfehlenswert ist es, die halben Mengen noch drei Tage nach Beseitigung der Erscheinungen weiter zu geben. An einer größeren Reihe von Krankengeschichten führt Vf. den Nachweis, daß eine günstige Beeinflussung der Stühle in jedem Fall unverkennbar war. Besonderes Interesse verdienen einige Fälle von Enteritis und geschwürigen Darmprozessen, wo eine überraschend günstige Wirkung zu verzeichnen war. — (Die Ther. d. Gegenw. Nr. 8, 1904.) F. L.

Ueber die epiduralen Kokaininjektionen in der Behandlung der ischiadischen Neuralgie. Von Dr. B a c a l o g l u.

Wenn auch durch diese s y m p t o m a t i s c h e Behandlungsart die Grundkrankheit nicht beeinflußbar ist, so verschwinden doch die oft unerträglichen Ischiasschmerzen und der Erfolg ist eklatant. Zur Verwendung kommt eine 1 bis 2%ige Kokainlösung, welche mit einer gewöhnlichen Pravaz'schen Spritze so eingeführt wird, daß jedesmal 1 bis 2 cg Kokain in den Sakralkanal, etwa 7 cm weit von der Steißbeinspitze entfernt in der Mittellinie eingespritzt werden. Es wurden keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen von die-

Digitized by Google

ser Methode beobachtet. — România medicala. Oktober 1903; Münch. med. Wochenschr., Nr. 1, 1904.) F. L.

Hypodermatische Anwendung des Adrenalinum hydrochloricum bei Asthmaanfällen. Von Dr. Bullowa und Dr. Kaplan in New-York.

In einer Reihe von Fällen, wo alle anderen Behandlungsmethoden erfolglos versucht waren, gelang es den Vf. prompte und befriedigende Wirkung durch subkutane Einspritzung von 3 bis 6 Teilstrichen einer frisch bereiteten 1‰igen Adrenalinlösung zu erzielen. Per os versagen viel größere Dosen. Die Wirkung erklärt sich durch die momentane Vasokonstriktion, welche nötig ist, um den asthmatischen Anfall zu unterbrechen. Wie die Vf. berichten, genügt diese Methode, um ohne jede unangenehme Nebenwirkung den Anfall abzukürzen. — (Med. News, Oktober 1903.) F. L.

Die elektrische Behandlung des Pruritus analis. Von Dr. Nizay.

Nach den Erfahrungen des Vortragenden ist diese Behandlung immer dann indiziert, wenn keine der sonstigen therapeutischen Maßnahmen zum Erfolg geführt haben. Bei Anwendung eines konstanten starken Stromes kann fast mit Sicherheit Erfolg erzielt werden. Der elektrische Pinsel oder eine spitze Nadel werden zirka 15 Minuten lang an einer der juckenden Partie benachbarten Stelle (15 bis 20 cm) gehalten. Erfolge traten ein nach 3 bis 16 Sitzungen. Nach Montier sind bei Anwendung häufig unterbrochener hochgespannter Ströme schon nach zwei bis drei Sitzungen Heilerfolge zu erzielen. Rezidive sind selten. — (Societé medico-chirurgicale Paris, Nov. 1903.) F. L.

Ueber medikamentöse Inhalationen. Von Dr. Otto Künzel. (Vortrag, gehalten auf der 25. öffentl. Versammlung der Balneologischen Gesellschaft in Aachen.)

Vf. äußert sich über die hauptsächlichsten Prinzipien, die bei Inhalationen zu beachten sind, zusammenfassend folgendermaßen:

1. In der Inhalationstechnik ist uns das wichtigste Mittel zur Lokaltherapie der Lunge gegeben. Wie wir im reinen Gebirgs- oder Seeklima Lungenluftbäder haben, können wir durch Inhalationen Waschungen der Luftwege vornehmen.

2. Der Dampf und vor allem der überhitzte Dampf bringt bis jetzt die feinste und leichteste Zerstäubung von Flüssigkeiten zustande und übertrifft alle bisherigen durch Luftdruck erzeugten Zerstäubungen von Flüssigkeiten an Feinheit und Flüchtigkeit bei weitem, daher besitzt er nächst den gasförmigen Stoffen die meiste Anwartschaft, mit der Luft bis in die Alveolen zu gelangen.

3. Eine Wirkung der Inhalationstherapie auf erkrankte Lungenabschnitte ist von dem Grade ihrer Beteiligung an der Atmung und ihrer Aspirationskraft abhängig.

4. Ein Medikament muß alkalisch reagieren, wenn eine belebende Wirkung auf Schleimhäute oder eine schleimdurchdringende Tiefenwirkung auf Bakterien erzielt werden soll. Säuren und Metallsalze sind daher unbrauchbar, weil sie durch Fällungen verbraucht werden und meist nur korrodierend und adstringierend auf die Schleimhaut wirken.

5. Das Kochsalz und alle kochsalzhaltigen Mineralwässer besitzen energiebelebende Eigenschaften auf Schleimhäute und Flimmerepithelien neben schleimlösender, expektorationsfördernder Eigenart.

6. Das Kresamin ist eine alkalisch reagierende, mit Wasser mischbare Flüssigkeit ohne Reizung auf empfindliche Schleimhäute, von schleimdurchdringender Tiefenwirkung und hoher antiseptischer Kraft, daher ein sehr geeigneter flüssiger Inhalationsstoff bei allen bakteriellen Prozessen der Luftwege und des Lungengewebes, wo Infektionskeime innerhalb der Lunge getroffen werden sollen. — (Baln. Zentralztg., Nr. 18—20, 1904.) F. L.

Digitized by Google

Physikalische Therapie.

Die Heißluftbehandlung mit dem Vorstädter'schen Kalorisator. Von Fr. Behring.

Behring hat auf der Kieler Poliklinik für Hautkrankheiten eine Reihe von parasitären und nichtparasitären Sykosen mit dem Vorstädter'schen Kalorisator behandelt, und selbst bei äußert hartnäckigen Fällen, denen gegenüber alle anderen Behandlungsmethoden versagten, vorzügliche Resultate erzielt. Das Verfahren bestand in Kurzscheren der Barthaare, Erweichen der Borken mittels Oel und darauf folgende tägliche Behitzung der Stellen mit dem Kalorisator. Die Wirkung erklärt Sommer für eine doppelte: einmal wirken so hohe Temperaturen (110—160°) direkt mikrobizid, dann aber tritt infolge der Erweiterung der Hautgefäße eine sehr starke Hyperämie und dadurch eine reichliche Blutzirkulation ein. Hiedurch tritt einerseits die bakterizide und globulizide, anderseits die resorptive Fähigkeit des Blutes in Tätigkeit, das heißt die Produkte der Entzündungserreger werden fortgeschleppt, zugleich aber auch die zum Aufbau des Gewebes notwendigen Stoffe zugeführt. Ein auffallender Erfolg war auch bei einem Falle von hypertrophischer Psoriasis zu konstatieren. — (Ther. d. Gegenw., H. 10, 1903.) Dr. Buxbaum.

Was lehrt uns die Geschichte der Syphilis Hydriatik? Von Dr. J. Sadger.

Sadger beschäftigt sich hauptsächlich mit der von Pingler geübten Syphilistherapie. Die wichtigste Aufgabe der Lues-Hydriatik ist Beförderung der regressiven Metamorphose: „Das Wasser soll alle Wege freimachen, alle Barrikaden brechen, die sich dem freiesten Eindringen des eigentlichen Medikaments, des Quecksilbers, entgegensetzen, also sämtliche Indurationen entfernen.“ Unterstützt und vereinfacht wird diese Aufgabe durch körperliche Anstrengung (Turnen, Gymnastik, Holzsägen, Graben, am allerbesten Bergsteigen), durch möglichst sparsame, an plastischen Stoffen arme Nahrung und endlich durch Massage der Drüsentumoren. Was die spezielle Wasserbehandlung zunächst der Jod- und Quecksilberdyskrasie betrifft, so treten die Reaktionserscheinungen der Wasserkur gegen Hydrargynose umso sinnfälliger hervor, je heftiger diese ist, und umso rascher, je kürzer der Zeitraum seit der Merkurialisierung und je kräftiger die Wasserkur angewandt wird. Es ist besser, mit der Hydriatik nicht allzu stürmisch vorzugehen. Besondere Vorsicht erheischt der Kopf. Prozeduren, die ihn treffen, wie Waschungen und Regenbäder, wagt Pingler erst, wenn alle sonstigen Vergiftungserscheinungen geschwunden sind, und auch dann nur ganz milde. Im Beginn bloß Waschungen mit 24° Wasser von 5 Minuten Dauer (nur bei schönem Wetter), dann allmählich fortschreiten bis zu 12° und 10—15 Minuten Dauer, zum Schluß erst Duschen (Regenbad von 30 Sekunden und Strahldusche auf Unterschenkel und Sohlen), auch diese anfangs mit Freilassung des Kopfes. Als Kurformen wendet er, wie aus Beispielen hervorgeht, die feuchte Einpackung von 25 Minuten mit nachfolgendem Halbbad (23°, 7 Minuten) an, abends das Sitzbad von 15° und 7 Minuten mit nachfolgender Begießung der Unterextremitäten, endlich noch Leibbinde und Mundausspülungen neben karger Diät und Bettruhe an. Allmählich steigt dann die Dauer des Halb- und Sitzbades. Späterhin werden Gesicht, Stirn und Schläfe während der Bäder mit kaltem Wasser kräftig gerieben, zum Schlusse kommen noch erregende und Strahlduschen.

Die Behandlung der Lues selbst besteht aus einer Vorkur, an welche sich passend eine Nachkur anschließt. Für die ganze Behandlung gilt zunächst eine Reihe diätetischer Vorschriften: „Gut gelüftetes, mäßig warmes Zimmer ohne Rauch, Staub und Tabakdunst, auch bei Nacht geöffnetes Fenster; ausgiebige Promenaden und gymnastische Uebungen, überhaupt körperliche Anstrengungen in freier Luft, am besten Bergsteigen. Nahrung der Quantität nach tunlichst beschränkt, der Qualität nach möglichst eiweißarm, womöglich also kein Fleisch, aber auch keine Hülsenfrüchte.

Digitized by Google

Bei sehr kräftigen Personen nicht einmal Milch, sondern nur dreimal täglich Suppe (aus Gries, Reis, Graupen) mit etwas Weißbrot, bei weniger Kräftigen gekochtes Obst, Gemüse, Brei von Reis oder Gries, statt der Suppen morgens und abends $^3/_4$ l Milch; bei sehr Herabgekommenen auch etwas Fleischbrühe und etwas Weißfleisch.

Vorkur. Da diese die Indurationen lockern und lösen soll, heißt es durch eingreifende Wärmeentziehung die Resorption steigern bei Belebung des Stoffwechsels. Am geeignetsten erwiesen sich Pingler die Halbbäder von 23° oder Sitzbäder von 16—18°, Dauer und Wiederholung beider je nach der Konstitution des Kranken. Bei Personen kräftigster Art 3—6 Tage lang täglich 2—3 Halbbäder von 30 Minuten und selbst darüber oder Sitzbäder von 35—45 Minuten, welch letztere besonders dann vorzuziehen sind, wenn Lokalaffektionen an den Genitalien oder Leisten bestehen.

Nebst Halb- und Sitzbädern und allgemeiner Diätetik gibt er in der Vorkur noch Prießnitz-Umschläge, verbunden mit Massage. Die Indurationen werden mit erregenden Umschlägen versehen, und zwar derart, daß 4—6teilige kalte Kompressen, nur mäßig ausgedrückt, aufgelegt, mit sehr dicken Lappen trockenen Stoffes bedeckt und alle 3 Stunden erneuert werden. Bei jeder Erneuerung werden die Drüsen 5—10 Minuten mit Wasser von 12° R. in kreisförmigen Reibungen mittels eines kleinen Schwammes frottiert.

Hauptkur. Die Reihenfolge der Kureingriffe ist: Es werden einige Tage lang Einreibungen gemacht, das Baden aber ausgesetzt, dann kommt ein Zyklus von Bädern, hierauf ein solcher von Einreibungen (meistens ein dreitägiger), dem wieder Bädertage folgen. Der erste Zyklus der Inunktion ist beendigt, sobald die Wirkung des Merkurs in munterer Entwicklung von Granulationen sich kundgibt, und der erste Bäderturnus ist beendigt, wenn der sichtbare Fortschritt der Besserung etwas zögert. Müssen die Kranken wegen Lokalzufällen das Bett hüten, so lasse man die Einreibungen früh morgens machen, weil die Resorption während des Tages größer ist als während der Nacht. Sind sie aber nicht bettlägerig, dann soll der Patient von 8 Uhr früh bis 4 Uhr nachmittags sich ins Freie begeben, womöglich Bergpromenaden machen, um 4 Uhr zu Bette gehen und bei genügender Erwärmung des Körpers die Einreibungen vornehmen. Wenn man auch nicht mehr Merkur verwendet als absolut erforderlich ist, so braucht man auf der anderen Seite bei obligater Wasserkur nicht allzu furchtsam zu sein, insbesondere beim ersten Zyklus der Einreibungen. Es muß nach zirka 4 Tagen eine auffallende Umgestaltung in den Symptomen eintreten. Pingler beginnt mit einer täglichen Einreibung von 2·0 Ungu. ciner. (auf jeder Seite 1·0) und mindert dies Quantum in jedem folgenden Zyklus, wenn die Wirkung eine sehr hervortretende ist, auf 1·8, 1·5 oder 1·0. Gewöhnlich genügen alles in allem 10·0—12·0 zur Tilgung sämtlicher Symptome, zuweilen viel weniger. In sehr hartnäckigen Fällen empfiehlt es sich, 4·0 zu jeder Einreibung zu verwenden und dabei Arme, Brust und Rücken zu benützen, im ganzen 60·0—100·0 und darüber. Während des Bäderzyklus kommt täglich ein Halbbad von 23° und 7—9 Minuten Dauer oder ein Sitzbad von 17 bis 18° und 10—12 Minuten, in welchem Brust und Rücken leicht mit dem Badewasser eingerieben werden. Ein tägliches Bad reicht vollständig aus. In der vierten Kurwoche, nicht selten schon früher, verschwinden die letzten Reste von Syphilis.

Nachkur. Ist dies Ziel glücklich erreicht, so pflegen die Patienten gewöhnlich etwas zu rumoren. Sie plädieren für Abschluß der Kur, wenigstens bessere Kost, etwas Wein u. dgl. Welchem Arzt aber die Tücke der Seuche vorschwebt, wird sich hüten, allzu konnivent zu sein, in der Diät wohl etwas nachgeben, im übrigen aber die Kur noch wenigstens 6 Monate lang fortführen, wenn auch in gemäßigtem Grade, wofür folgende Ratschläge zu empfehlen sind: Patient soll alle Spirituosen und erhitzenden Gewürze vollständig meiden und sich, wo erstere nicht zu umgehen, mit leichtestem Wein oder Zider, vermischt mit Selterswasser,

Digitized by Google

begnügen. Desgleichen soll er von dem Genuß von Ochsen- oder Schweinefleisch, Eiern, Erbsen, Bohnen und Linsen gänzlich absehen, sich an Obst und Vegetabilien halten, sich der größten Mäßigkeit befleißigen und täglich ein kühles oder kaltes Bad nehmen, sei es in Form eines Halbbades von 21—23° R. mit kalten Uebergießungen oder als Sitzbad von 15° und 25 Minuten Dauer, oder als Flußbad oder Regendusche. Daß auch die übrigen, zur Zerteilung der Indurationen angegebenen Mittel stets im Auge behalten werden müssen, versteht sich von selbst. Bei sehr inveterierter Krankheit muß diese Nachkur ein ganzes Jahr hindurch fortgesetzt werden, was um dessentwillen leicht geschehen kann, weil dadurch die Gesundheit des Patienten nur gewinnen, aber auch bei jahrelanger Fortsetzung nie geschädigt werden kann. Da ich jedem Patienten eindringlich einschärfe, lieber die Kur zu unterlassen, als willkürliche Abänderungen in der Diät zu treffen, so kommen Ausschreitungen gewöhnlich nur selten vor. Nach dem Schlusse der Kur rate ich, nach einigen Monaten oder in der nächsten Saison eine volle Wasserkur zu gebrauchen, inklusive Regenbäder und Duschen; bleibt diese ohne Rezidive (solche habe ich nur einmal gesehen), dann halte ich den Betreffenden für gründlich geheilt.

Was die Syphiliskachexie betrifft, so vermag die Hydriatik zur Verhütung derselben wesentlich beizutragen, weil man bei ihr einer weit geringeren Menge von Jod und Quecksilber bedarf. Diese beiden Stoffe nach vollendeter Wirkung rasch exmittiert, die blutbereitenden Organe in besserem Stande erhält und komplizierende Dyskrasie verhütet oder günstig beeinflußt. Das Wasser vermag den Merkur zu bestimmen, aus den Körper auszuziehen und auf dem Rückmarsche noch, wahrscheinlich in sehr günstigem Momente bezüglich der Induration, seine Heilkraft zu entfalten. Es gehört aber Erfahrung, vorsichtiges Experimentieren und stete Aufmerksamkeit dazu, das Richtige bezüglich der Temperatur, Dauer und Form der hydriatischen Eingriffe zu treffen. Pingler verordnete in einem Falle ein Halbbad von 24° (3 Minuten) und nach demselben in den ersten 3 Tagen Einreibungen von 0·6 Ung. ciner.; dann folgten 3 Tage lang bloß Bäder, hierauf wieder Einreibungen, nach welchen sich Salivation ankündigte. Nun kamen 6 Tage Bäder ohne Einreibungen und als jetzt die Heilung langsamere Fortschritte zeigte, drei Einreibungen von 0·4 grauer Salbe, zuletzt nach weiteren Bädertagen 0·2 derselben. In einem zweiten Falle gab Pingler täglich 1·25 Jodkalium, dann 3 Tage lang ein Bad, hierauf wieder 3 Tage Jod und setzte das einige Zeit fort. In einem weiteren Falle, wo Quecksilber und Jod schon gegeben worden waren, kam er mit einfachen Halbbädern von 23° (7 Minuten) und lokalen Prießnitz-Umschlägen aus.

Seine Methode der Syphilis-Hydriatik faßt Pingler folgendermaßen zusammen: „Das Wasser kommt in Betracht:

1. Als Getränk und zum Gurgeln;

2. die bei weitem wichtigste Form ist das Halbbad. Bei Patienten, die die Kur bei mir brauchen, wird meist eine nasse Einpackung von 35—40 Minuten dem Bade vorausgeschickt;

3. das Sitzbad. Dies hat eine legale Stelle

a) bei primären, noch nicht mit Merkur behandelten Affekten,

b) als Ersatz für das Halbbad,

c) in der Nachbehandlungsperiode. Auch hiebei lasse ich beständig frottieren wie beim Halbbad."

4. Umschläge.

5. Hat man sich von der gründlichen Tilgung der Syphilis überzeugt, dann ergibt sich noch die Aufgabe, die letzten Reste der noch im Körper befindlichen Jod- und Merkurialmittel auszutreiben. Es empfehlen sich folgende Badeformen bei mäßiger oder kräftiger Ernährung: Abreibungen und Sitzbäder von 10° R., auch das Halbbad von 20—18° (zirka 15 Minuten) mit kalten Uebergießungen. Dieselbe Methode mit weniger Energie (kürzerer Zeitdauer) durchgeführt, zeitigt bald vollkommenes Wohlbefinden und blühendes Aussehen. — (Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. 38, 1904.) Dr. Buxbaum.

Digitized by Google

Chirurgie.

Zur Behandlung veralteter Empyeme durch ausgedehnte Rippenresektion. Von Dr. Vosrinckel.

Vf. teilt die günstigen Erfahrungen mit, die bei der Behandlung veralteter Empyeme mittels der Thorakoplastik nach Schede erzielt wurden. Die Methode besteht in einer sehr ausgedehnten Resektion mehrerer Rippen, die die Empyemhöhle begrenzen, Entfernung der dazwischen liegenden Pleura costalis und Hineinlegen des großen Hautmuskellappens in die Empyemhöhle. Der Lappen wächst dort an und die Eiterung hört entweder vollständig auf oder es bleibt eine kleine, sezernierende Weichteilfistel zurück. Der Eingriff ist ein ziemlich schwerer, es gelingt aber bei guter Assistenz, den Blutverlust bedeutend einzuschränken und die Operation abzukürzen, wenn der Assistent die Blutstillung rasch besorgt. Von 19 auf der Abteilung Körte nach Schede operierten Patienten genasen 13, was in Anbetracht der Schwere der Fälle als sehr schönes Resultat betrachtet werden kann.

In den meisten Fällen hat sich die Lunge wieder ganz oder fast ganz ausgedehnt; die früher befürchtete Verkrümmung der Wirbelsäule hat sich in keinem Falle in nennenswertem Maße entwickelt; die Bewegungsfähigkeit des Armes auf der operierten Seite hat nicht gelitten, bis auf einen Fall, bei welchem sich eine Verwachsung der Skapula mit den neu gebildeten Knochenspangen entwickelt hat; hingegen war die Kraft des Armes schwächer, als vor der Operation.

Wo die Schwarten an der Lunge sehr mächtig waren, wurde ihre Entfernung nach Delorme versucht, jedoch nur dann, wenn nach einem bis auf die Lunge reichenden Einschnitt die Lunge aus den Verwachsungen sich stumpf, ohne großen Blutverlust, auslösen ließ. In Fällen, wo zwischen Pleura und Lunge starke Gefäßverbindungen bestanden, die zahlreiche Umstechungen nötig machten, begnügte sich Vf. mit einigen parallelen, bis auf die Lunge reichenden Einschnitten und sah auch auf diesen kleineren Eingriff die Lunge sich vollständig ausdehnen. — (Langenb. Arch., Bd. 73, H. 2.) E.

Zur Kardiolysis bei chronischer adhäsiver Mediastino-Pericarditis postpleuritica. Von Prof. v. Beck.

Vf. hat in drei Fällen von Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel und Schwielenbildung in der Umgebung des Perikards die von Brauer empfohlene Kardiolysis ausgeführt. Da das Herz eine große Arbeit leisten muß, um bei jedesmaliger Kontraktion die durch straffe Adhäsionen mit dem Herzen verwachsene Brustwand zu bewegen, erlahmt es bald und als Zeichen der Inkompensation treten Oedeme, Zyanose, Stauungsleber auf. Um die Arbeit des Herzens zu vermeiden, hat Brauer vorgeschlagen, die Rippen, welche das Herz bedecken, zu resezieren und so den festen knöchernen Ring durch eine, aus nachgiebigen Weichteilen bestehende Bedeckung zu ersetzen.

Prof. Beck hat in drei Fällen diese Operation ausgeführt und die 3.—6. Rippe von ihrem Ansatz am Sternum bis in die vordere Axillarlinie reseziert; dann exstirpierte er vorsichtig das Periost und entfernte die Interkostalmuskeln. In zwei Fällen konnte er auch noch tuberkulöse Herde, die in den Schwielen sich fanden, mitentfernen. Die Erfolge der Operation waren sehr gute. In einigen Tagen nach der Operation hörte die Zyanose auf, das Herz begann ruhiger zu arbeiten und nach kurzer Zeit schwanden die Oedeme und der Aszites; die Patienten wurden wieder arbeitsfähig; ein Patient, ein junger Bursche, entwickelte sich nach der Operation normal und machte alle Spiele und die Turnübungen seiner Altersgenossen mit, der beste Beweis dafür, daß das Herz, wenn ihm die großen Anstrengungen genommen werden, sich bald vollständig erholen kann. — (Langenb. Arch., Bd. 73, H. 4.) E.

Die systematische Bauchlage zur Nachbehandlung septischer Bauchfellentzündungen. Von Prof. Dr. Küster.

Seit zwei Jahren verwendet Vf. die systematische, möglichst lange fortgesetzte Bauchlage als sehr wirksames Heilmittel

Digitized by Google

bei der Nachbehandlung von Peritonitis. Vf. führt in die offene Bauchhöhle einen Jodoformgazestreifen ein, läßt ihn aber bei Auftreten von Reizungserscheinungen von Seiten des Bauchfelles herausziehen und ersetzt ihn durch ein Drain. Daraufhin wird der Patient in Bauchlage gebracht und verbleibt in derselben durch mehrere Stunden täglich.

Bei gewöhnlicher Ausstattung des Bettes ist die Bauchlage nicht lange zu ertragen; wenn man aber die Brust durch eine festgepolsterte Rolle unterstützt, so daß die Arme frei beweglich werden, und dem Patienten ein zweites hohes Kissen gibt, auf welchem der Kranke seitlich den Kopf stützen kann, dann halten es die Patienten ziemlich lange in dieser Lage aus. Die einzige größere Unbequemlichkeit bildet das Zusammenpressen des Brustkorbes, indessen gewöhnen sich die Patienten bald daran. In sechs Fällen bewährte sich diese Behandlung sehr gut; bald nach Einleitung derselben schwanden die Reizungserscheinungen des Peritoneums. — (Langenb. Arch., Bd. 73, H. 4.) E.

Ueber das Schicksal der in der Bauchhöhle zurückgelassener Kompressen. Von Dr. H. Riese.

Auf Grund von zwei selbsterlebten Fällen schildert Vf. das Schicksal der in der Bauchhöhle zurückgelassenen Kompressen. In einem Falle von intraperitonealer Nierenzertrümmerung, bei welchen die Laparatomie vorgenommen wurde, traten einen Monat nach der Operation Erbrechen und Leibschmerzen ein. Am 45. Tage kam es zu Koterbrechen und am 46. Tage konnte man einen beweglichen, kleinfaustgroßen Tumor und Darmsteifung konstatieren. Bei der vorgenommenen Laparatomie fand man im Dünndarm einen festweichen Körper, der nach Abklemmung des Lumens und Eröffnung des Darmes extrahiert wurde und der aus zwei zusammengeballten, 1 m langen Gazekompressen bestand. Heilung ohne jede Störung. Vf. nimmt an, daß die Gaze als aseptischer Fremdkörper in den Darm einwanderte und hier den Ileus hervorrief.

Ein zweiter Fall ereignete sich anläßlich einer operierten Tubargravidität. Vier Jahre nach der Operation erkrankte Patientin mit Kolikschmerzen und Stuhlbeschwerden, wobei der Leib stärker wurde. Bei der Untersuchung fand sich eine Ovarialzyste und ein zweiter Tumor, der als entzündetes Netz gedeutet wurde. Bei der Operation konnte man eine Zyste aus dem Ligam. latum herausschälen und fand im Mesenterium der Flexura sigmoidea eine Zyste, die ebenfalls ausgeschält wurde. Bei Eröffnung der letzteren fand man eine zusammengeballte Kompresse.

Die Wand der Zyste war 4 mm dick und bestand aus einer derben Bindegewebsschichte außen, auf diese folgte eine Schichte lockeren Bindegewebes, darauf eine Schichte Granulationsgewebe mit Fremdkörperriesenzellen. Auch in diesem Falle trat Heilung ein.

Außer diesen zwei Arten vom Ausgang (Einkapselung des Fremdkörpers und Einwanderung in den Darm) gibt es noch zwei andere Arten, und zwar Ausstoßung durch einen Bauchdeckenabszeß oder die Scheide und Entstehung einer Peritonitis. Dieser letztere Ausgang ist nach den Zusammenstellungen des Vf. nicht so häufig, wie man eigentlich glauben würde.

Behufs Vermeidung dieser lebensgefährlichen Komplikation empfiehlt Vf. die Benützung von Perltüchern oder Befestigung der Kompressen an einem Pean. Das Zählen der Tupfer allein hält er für nicht ausreichend. — (Langenb. Arch., Bd. 73, H. 4.) E.

Die chirurgische Behandlung der Hepatoptose durch Laparektomie und Hepatopexie. Von Prof. Depage und Dr. Mayer.

Für die Fälle von Hepatoptose empfehlen die Vf. auf Grund eines mit günstigem Erfolge operierten Falles ein Nahtverfahren, das geeignet ist, die Fixation der Leber zu einer dauernden zu machen. Vf. benützen die obere Lippe des quer durchtrennten Peritoneums, um dieselbe um den unteren Leberrand herumzuschlagen und fixieren das umgeschlagene Peritoneum mit einer Naht. Auf diese Weise hängt die Leber an dem Peritoneum und den Bauchdecken.

Wenn außer der Hepatoptose noch eine allgemeine Splanchnoptose besteht, rese-

Digitized by Google

zieren die Vf. einen großen Hautlappen aus der Bauchhaut, resezieren weiters die Linea alba und das Peritoneum bis an den inneren Rand der Musculi recti. Nach dieser Methode wurden bisnun fünf Fälle operiert. Ein Patient starb nach der Operation an Chok, weil gleichzeitig auch eine größere Gallensteinoperation ausgeführt wurde; bei den übrigen Patienten besteht die Heilung seit 3—11 Jahren. — (Langenb. Arch., Bd. 73, H. 4.) E.

Altes und Neues zur Behandlung von Knochenhöhlen seit der Einführung der antiseptischen Wundbehandlung. Von Dr. Wagneknecht.

Nachdem Vf. alle Methoden, die eine rasche Ausfüllung oder den Verschluß von Knochenhöhlen bezwecken, erörtert hat, beschreibt er eine neue, von Professor Goldmann benützte Methode, die geeignet ist, in manchen Fällen die übrigen Methoden zu verdrängen. Die Methode besteht in Einheilung eines gestielten Hautlappens in der Höhle. Für nicht zu große Höhlen wird man stets in der Nähe der Operationsstelle genügend Haut für die Einpflanzung finden; die Elastizität der Haut erleichtert diese Aufgabe. Im Bedarfsfall kann der Lappen der anderen Extremität entnommen werden.

Das Verfahren hat sich in zwei Fällen sehr gut bewährt. In einem Falle wurde der Lappen in eine osteomyelitische Höhle eingepflanzt und heilte hier, trotzdem die Höhle unmöglich steril sein konnte, anstandslos ein.

Durch das rasche Einheilen des Lappens wird die sekundäre Infektion der Wunde beschränkt, außerdem füllt sich die Höhle unter dem Lappen rasch bis in das Niveau der normalen Haut mit Knochen aus, dabei bleibt die Haut elastisch und verschieblich.

Die Methode hat den anderen (osteoplastischen) Methoden gegenüber manche Vorteile. Sie ist sehr einfach und rasch auszuführen, so daß die Patienten diesen Eingriff leichter vertragen, als die komplizierten Methoden, welche außerdem noch den Nachteil haben, daß sie längere Zeit zur Heilung nötig haben. Der durch die Entnahme des Lappens entstandene Defekt läßt sich gewöhnlich durch Verschiebung vollständig decken. Die Methode ist eine schätzbare Ergänzung unseres therapeutischen Apparats, speziell für große Höhlen in den Epiphysen der langen Röhrenknochen, also für diejenigen Fälle, bei welchen die anderen Methoden häufig versagen. (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 42, H. 2.) E.

Die Behandlung übergroßer Hernien. Von Dr. O. Madelung.

Nicht allzu selten kommt der Chirurg in die Lage, Unterleibsbrüche zu behandeln, die mit keinem Verfahren, auch nicht mittels Operation in die Bauchhöhle zurückgebracht werden können. Es sind dies Hernien, die häufig bis zu den Knien hinunterragen und die als Inhalt das ganze Netz und den ganzen Darm fassen. Durch das jahrzehntelange Bestehen der Hernien ist die Bauchhöhle klein geworden, und hat keinen Platz mehr für den Bruchinhalt.

Palliativ kann man in solchen Fällen einen starken Tragbeutel (aus Leder mit Metallspangen) anordnen, der an zwei über den Schultern gelagerten Tragriemen befestigt ist. Wenn die Penishaut in der Hülle der Hernie ganz aufgegangen ist, so daß der Urin längs des Herniensackes herunterrinnt und Ekzeme erzeugt, kann man dem Patienten einen großen Dienst erweisen, wenn man ihm eine Röhre gibt, die an die Glans angelegt wird und den Urin über den Bruch hinweg ableitet.

In solchen übergroßen Hernien kommt es häufig innerhalb des Bruches zu sogenannter Kotstauung; durch Bettruhe, Abführmittel, Darmspülungen, Ausheberung des Magens, erzielt man Besserung. Wenn es zur Inkarzeration im Bruch kommt, dann muß eine Operation ausgeführt werden, die manchmal zu den schwierigsten Eingriffen gehört; es müssen häufig große Darmabschnitte von den Verwachsungen gelöst werden. Die Blutung ist häufig eine große, der Darm reißt häufig an mehreren Stellen. Wenn man mit dieser Arbeit fertig ist, passiert es dann noch häufig, daß der Darm in der Bauchhöhle keinen Platz hat; es müssen dann größere Resektionen vorgenommen werden, vor allem wird das

Digitized by Google

Netz entfernt, weiters müssen große Stücke des Darmes geopfert werden.

Wenn die Indikation zum operativen Eingriff keine dringende ist, kann man durch eine Vorbehandlung die Operation sich erleichtern. Energische Entfettungskuren werden den Inhalt von Bauch und Bruch verkleinern; wochenlanger Aufenthalt im Bett mit hochgelagertem Becken wird Teile des Bruchinhaltes an den Aufenthalt im Bauch gewöhnen. Noch günstigere Resultate sah Vf. von dauernder Belastung des Bruches mit Schrotbeuteln.

In einigen einschlägigen Fällen hat Vf. zu prophylaktischen Zwecken an dem in den Bruch eintretenden Teil des Darmes eine Fistel angelegt. Wenn die Fistel klein ist, entleert sich gewöhnlich durch dieselbe entweder sehr wenig oder gar kein Darminhalt. Wenn aber Kotstauung im Bruch auftritt, wirkt die Fistel als Sicherheitsventil zur Entleerung des gestauten Kotes oberhalb des Passagehindernisses. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 74, H. 1.) E.

Die chronische Kolitis und ihre Behandlung auf Grund chirurgischer Erfahrungen. Von Prof. Bernhard v. Beck.

Vf. hatte Gelegenheit, seit Jahren eine große Anzahl von Patienten, die an Kolitis litten, zu behandeln. Die Symptome waren: unregelmäßiger Stuhlgang, bald Verstopfung, bald häufige, stoßweise, fetzige Entleerungen, Stuhlzwang, Schleimabgänge, krampfhafte Schmerzen des Morgens früh nüchtern schon oder Koliken 1—2 Stunden nach den Mahlzeiten. Die Leute kommen körperlich herunter und werden nervös. Bezüglich der Aetiologie machte Vf. die Erfahrung, daß entzündliche Prozesse in der Nähe des Darmes (Abszesse im Mesenterium, subphrenische Abszesse, peri- und parametrane Entzündungen), in dem anliegenden Dickdarm ebenfalls eine Entzündung hervorrufen und zur Kolitis führen. Der Darm verhält sich ähnlich wie die Synovialis der Gelenke in der Nähe von osteomyelitischen Entzündungsherden. Auf ähnliche Weise können chronische Entzündungen des Wurmfortsatzes, des Magens, der Gallenblase, der Tuben, der Ovarien, zu einer Kolitis führen und auch lokale umschriebene Erkrankungen der Kolonschleimhaut (Karzinom, Tuberkulose, Aktinomykose) einen chronischen Reizungszustand der ganzen Dickdarmschleimhaut erzeugen.

In therapeutischer Hinsicht ist in jedem Falle von Kolitis die Ursache genau festzustellen und danach die Behandlung einzurichten; entzündliche Herde müssen behandelt, eventuell operativ beseitigt werden; Karzinom, Tuberkulose oder Aktinomykose müssen radikal oder palliativoperativ behandelt werden. Kolitiden anderen Ursprunges müssen symptomatisch und diätetisch behandelt werden.

Hartnäckige Fälle von Kolitis, die auf andere Weise nicht zur Heilung gebracht werden können, müssen operativ behandelt werden. Da der Dickdarm für den Menschen — bei der feineren und an Zellulose nicht so reichen Kost — keine so große Bedeutung hat, so kann man in Fällen von Kolitis den ganzen Dickdarm ausschalten, indem man eine Enteroanastomose zwischen dem untersten Ileum und der Flexura sigmoidea anlegt. Vf. hat sechs Patienten mit schwerer Kolitis nach diesem Verfahren operiert und sehr schöne Resultate erzielt. Bald nach der Operation hörten die Diarrhöen auf, der Stuhl regelte sich, die Patienten nahmen an Körpergewicht zu und die Nervosität verschwand. Nur ein Fall nahm einen ungünstigen Ausgang; es handelte sich um eine durch schwere Krankheit heruntergekommene Patientin, bei welcher die Anastomose mittels Murphy-Knopfes vorgenommen wurde. Am sechsten Tage post operationem kam es zur Perforation des Knopfes in die Bauchhöhle und zu allgemeiner Peritonitis mit Exitus letalis. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 74, H. 1.) E.

Zur Technik der Transplantation nach Thiersch. Von Oberarzt Dr. Lauenstein.

Vf. hat die Beobachtung gemacht, daß die Thiersch'schen Lappen bei unzweckmäßiger Anfrischung des Defekts nicht anheilen. Die jetzt übliche Fortnahme der Granulationen mit dem scharfen Löffel schafft nach Ansicht des Vf. Verhältnisse, die der Anheilung ungünstig sind. Es

Digitized by Google

bleibt nämlich ein narbiger, schwieliger, bindegewebiger Grund, der gewöhnlich sehr blutarm ist. Vf. hat daher in letzter Zeit die Granulationen nicht mehr ganz entfernt, sondern rieb nur die Oberfläche mit sterilem Tupfer ab, so daß sie leicht blutig wurde. Zwei große Substanzverluste wurden durch die erste Operation zur Heilung gebracht.

Das so sehr gefürchtete Abheben und Verschieben der Läppchen, das den Erfolg der Transplantation so häufig gefährdet, hat Vf. durch eine Modifikation des Verbandes stets zu vermeiden gewußt. Zum Verbande hat sich der Credé'sche Silberverbandstoff sehr gut bewährt. Es ist dies eine Gaze, die mit ganz feinem, plattierten Silberstoff belegt ist, und die für Wundsekrete durchlässig ist und anderseits an der Wunde nicht anklebt. Ueber den Credé'schen Verbandstoff kommt eine Lage steriler Gaze, die unverschieblich mit Heftpflaster befestigt wird; dann folgt der aseptische Okklusivverband, der auch dazu dient, die Extremität, wenn nötig, ruhigzustellen. Der auf diese Weise angelegte Verband konnte stets acht Tage liegen bleiben, eine Zeit, die zur Anheilung der Läppchen genügt. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 35, 1904.) E.

Laryngologie und Rhinologie.

Die Behandlung der trockenen und verstopften Nase. Von Dr. Volland.

Vf. empfiehlt die protrahierte Salbenbehandlung des Naseninnern. Eine gewöhnliche Haarnadel wird gerade gestreckt, die eine Hälfte mit Watte umwickelt, so daß das Drahtende gut gedeckt ist, mit frisch bereitetem Zinkvaselin bestrichen (die vorrätige Zinksalbe der Apotheke ist nicht geschmeidig genug) und unter schmierenden Bewegungen in die Nase geführt, erst nach oben, dann nach hinten. (Ref. läßt dasselbe seit Jahren mit steifen Wattebougies machen, die von den Kranken selbst angefertigt werden können.) Bald verschwindet das unangenehme Gefühl von Spannung und Trockenheit und der Drang, in der Nase zu bohren, was bei dem bedenklichen Schmutz der Kinderhände von großer Wichtigkeit ist. Man muß die Prozedur nicht täglich wiederholen, da sich oft nach 2—3 Tagen noch Salbe in der Nase findet. Durch allmähliches Dickermachen der Watteschichte kann man auch nach und nach eine Erweiterung des unteren Nasenganges erzielen. Wenn ein Lungenkranker am Morgen etwas Blut im Auswurf hat, kann man durch Einführung der Wattesonde in die Nase feststellen, daß das Blut aus der Nase stammt und so den Kranken beruhigen. (Das Blut kann aber auch aus dem Nasenrachenraum kommen; anderseits kann das Einführen der Wattesonde selbst eine leichte Verletzung verursachen. Ref.) — (Therap. Monatsh. Nr. 8, 1904.) Weil.

Selbstleuchtender Zungenspatel. Von Dr. Axmann.

Der Spatel ist aus Milchglas, hohl und trägt an der Spitze ein Fenster von lichtdurchlässigem Glase; hinter diesem befindet sich eine kleine Glühlampe, die in die Höhlung des Spatels hineingeschoben und an dessen Griffseite durch eine federnde Metallfassung festgehalten wird. Ein galvanisches Taschenelement gibt dann ein helles Licht, welches nur an der Spitze nach vorne scheint, also das Auge des Untersuchers nicht blendet. Besonders schön sieht man die Tonsillen, welche ja seitlich beleuchtet werden. Das Instrument ist sehr leicht zu zerlegen und zu desinfizieren. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25, 1904.) Weil.

Die Anwendung des Eucainum lacticum in der Oto-Rhino-Chirurgie. Von Prof. Katz.

Das milchsaure Beta-Eukain, welches in Wasser leicht löslich und etwa viermal weniger giftig ist, als Kokain, wurde von Vf. in 15%iger Lösung zur Lokalanästhesie bei endonasalen Eingriffen verwendet; es wirkt da ungefähr wie 10%iges Kokain, erzeugt aber keine Gefäßkontraktion und daher auch keine Nachblutungen infolge nachträglicher Gefäßlähmung. In einigen Fällen wurde das Präparat in 2%iger Lösung zur submukösen Injektion in die untere Nasenmuschel verwendet und damit

Digitized by Google

prompte Anästhesie erzielt. — (Therap. Monatsh. Nr. 8, 1904.) Weil.

Nasenverkleinerungen. Von Dr. Jacques Joseph.

Vf. berichtet über einige neuere Operationen bei Nasendifformitäten. Bei abnormer Breite des knöchernen Abschnittes der Nase führt er mit einer feinen Stichsäge intranasal (vom äußersten Rande der Incisura piriformis aus) die Absägung des Processus frontalis des Oberkiefers in vertikaler Richtung beiderseits aus. Die abgetrennten Stücke werden medial verlagert und mittels einer eigenartigen Nasenklemme, die 5—10 Tage nach der Operation angelegt und etwa 10 Tage lang liegen gelassen wird, in ihrer neuen Lage erhalten.

Die Aufblähung der dreieckigen Knorpel beseitigt Vf. durch spindelförmigen Ausschnitt aus denselben, sowie aus der sie bedeckenden Haut und Schleimhaut mit folgender Naht. Subkutan (um die äußere Narbe zu vermeiden) läßt sich da kein dauernder Erfolg erzielen.

Bei hängender Nasenscheidewand wird, wenn auch die Nasenflügel verlängert sind, ein keilförmiger Ausschnitt aus dem Septum gemacht. Steht aber die Scheidewand allein abnorm tief, so genügt ein T- oder pilzförmiger Ausschnitt aus dem Septum. Vf. hat bei 43 Operationen stets Heilung per primam erzielt ohne irgend einen üblen Zwischenfall. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30, 1904.) Weil.

Larynxtuberkulose und künstliche Unterbrechung der Gravidität. Von Dr. R. Sokolowsky.

Die in den letzten Jahren angestellten sorgfältigen Beobachtungen über den Einfluß der Gravidität auf die Larynxtuberkulose haben ergeben, daß, wie Kuttner sich ausdrückt, „jede Frau, die während ihrer Schwangerschaft an einer diffusen Larynxtuberkulose erkrankt, rettungslos verloren ist". Wann ist also die Indikation gegeben, die Gravidität künstlich zu unterbrechen? Frauen, die sich im Endstadium ihrer Erkrankung befinden, bei denen also die Prognose auch ohne die Komplikation der Schwangerschaft absolut schlecht ist, sind natürlich von vornherein ausgeschlossen. Ueber die leichten, vor allem die zirkumskripten, nicht zu ausgedehnten Infiltraten neigenden Erkrankungen des Kehlkopfes, welche natürlich die allergünstigsten Aussichten bieten würden, sind die Meinungen geteilt. Vf. berichtet über zwei schwere Fälle, deren Beschwerden aber erst während der Gravidität aufgetreten waren, während bis dahin der Larynx angeblich ganz gesund gewesen war, bei denen im siebenten Monat der Gravidität die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde. Beide Frauen überstanden dieselbe sehr gut, hatten angeblich nachher geringere Larynxbeschwerden; objektiv war aber keine Veränderung zu sehen und beide starben einen Monat nach der Entbindung. Vf. meint, daß der Eingriff zu spät ausgeführt worden sei, daß man nicht künstliche Frühgeburt, sondern künstlichen Abortus einleiten müsse und deshalb bei jedem weiblichen Individuum mit Tuberculosis laryngis nach einer etwa vorhandenen Gravidität forschen solle. Weiterhin aber habe der Arzt die Pflicht, tuberkulösen Frauen die fakultative Sterilität zu empfehlen. — (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 27, 1904.) Weil.

Eine neue Modifikation des Reflektors. Von Dr. G. Trautmann.

Um das binokulare Sehen beim Laryngoskopieren vollkommen unbehindert zu ermöglichen, brachte Vf. am Reflektor anstatt der zentralen Oeffnung einen randständigen Ausschnitt an und an der Rückseite zwei Kugellager für je ein Auge. Das reflektierte Licht ist trotz der exzentrischen Stellung des Reflektors sehr intensiv und gibt vollkommen deutliche Bilder. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 29, 1904.) Weil.

Ein neuer Gesichtspunkt bei Behandlung der Aphonia spastica. Von Dr. Ernst Barth.

Von den funktionellen Stimmstörungen gibt die Aphonia spastica, die Heiserkeit infolge zu festen Glottisschlusses, erfahrungsgemäß die schlechteste Prognose. Vf. machte den Versuch, durch Einlegen einer Kehlkopfsonde zwischen die Stimmbänder

Digitized by Google

während der Phonation eine übermäßige Annäherung derselben aneinander zu verhindern und es gelang ihm in der Tat, dadurch zunächst für kurze Zeit eine tönende Stimme, die nach und nach immer besser wurde, zu erzielen und von vier Fällen drei unter Zuhilfenahme zweckmäßiger Sprechübungen dauernd zu heilen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32, 1904.)

Weil.

Zur Behandlung des chronischen Empyems der Highmorshöhle. Von Prof. Dr. P. L. Friedrich.

Vf. meint, daß eine breite, dauernde Kommunikation zwischen Nase und Kieferhöhle in der Höhe des Bodens der letzteren am besten durch Operation von außen her hergestellt werden könne. Er löst daher den Nasenflügel mit einem, denselben hart an der Basis bogenförmig umgreifenden, bis auf den Knochen reichenden, 2 cm langen Schnitte ab, auf dessen Mitte ein zweiter von 1—1·5 cm Länge nach außen unten geführt wird. Nach Abhebelung der Weichteile und des Periosts läßt sich die Crista nasalis am Zusammenstoße von fazialer und nasaler Wand bequem freilegen. Mit Meißel und Hammer oder mit kräftiger Lüer'scher Zange wird die Crista und etwa 1 cm^2 der fazialen Wand und sodann von dieser Oeffnung aus, hart am Boden der Kieferhöhle hingehend, deren nasale Wand in 1 cm Höhe und etwa 3 cm Länge abgekniffen, unter Umständen dazu eine schmale Spange der unteren Muschel mit fortgenommen. Eine Verletzung der nasalen Mündung des Ductus nasolacrymalis wird damit vermieden. Jetzt läßt sich die Höhle leicht überblicken, abtasten, eventuell ausräumen. Die Tampons werden beim Nasenloch herausgeleitet, die äußeren Schnitte sorgfältigst genäht; die Narben sind nach einigen Wochen kaum sichtbar. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37, 1904.)

Weil.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Puerperalpsychose. Von Hall.

Vf. berichtet über einen Fall von Puerperalpsychose, der in Genesung überging, nachdem aus der subinvolvierten Gebärmutter mittels Auskratzung ein bohnengroßes Stück Plazenta entfernt worden war. Im Anschluß an diesen Fall begründet der Vf. seine Ansicht, daß bei jeder psychischen Erkrankung im Wochenbett der Befund am Genitale genau festzustellen ist und falls Abweichungen von der Norm konstatiert werden, dieselben ohne Rücksicht auf die psychische Erkrankung einer entsprechenden Behandlung zuzuführen sind. Wenn auch bisnun ein direkter Zusammenhang zwischen Erkrankung des Genitale und Erkrankung der Psyche nicht nachzuweisen ist, so liegt doch bei den zahlreich vorhandenen nervösen Ganglien im Becken die Annahme nahe, daß unter gewissen Umständen eine Fortleitung des lokalen Reizes stattfindet und im Anschluß daran eine Alteration der Psyche sehr gut denkbar ist. Ueberdies bilden heriditäre Belastung, Neigung zu nervösen Zuständen unterstützende Momente. — (Pacific. med. journ., 1903.)

Königstein.

Ein Fall von Lufteintritt in die Venen des puerperalen Uterus mit tödlichem Ausgang. Von Sengler.

Vf. berichtet über eine 42jährige VI. para, welche in dem Wöchnerinnenheim des Krankenhauses zu Karlsruhe niederkam. Die Geburt des Kindes erfolgte spontan, doch mußte die Plazenta manuell gelöst werden. Eine halbe Stunde danach trat der Tod ein. Als Todesursache wurde durch die Sektion Luftembolie festgestellt. Im Anschluß an die Beschreibung dieses Falles bespricht Vf. die Möglichkeiten des Zustandekommens des Lufteintrittes, doch ließ sich im vorliegenden Falle keine von diesen als absolut sicher angeben, noch auch ausschließen. Die flache Lage der Frau auf dem horizontal gestellten Operationstisch bei Vornahme der manuellen Plazentalösung, der vorher wiederholt und forciert angewendete Handgriff nach Credé bei vollkommen atonischem Uterus, die, wenn auch mit allen Vorsichtsmaßregeln vorgenommene Ausspülung der Gebärmutter, der Transport der Frau auf den Operationstisch und von diesem wieder ins Bett, mögen ja wohl alle zusammen als

Digitized by Google

unterstützende Momente in Betracht zu ziehen sein. Vf. empfiehlt, alle geburtshilflichen Operationen, wenn irgend möglich, in Steißrückenlage mit etwas erhöhtem Oberkörper vorzunehmen und dabei andauernd den Kontraktionszustand der Gebärmutter zu kontrollieren. Manuelle Plazentaslösung und Wendungen sind unter dauernder Irrigation der Vagina, beziehungsweise Uterus, mit physiologischer Kochsalzlösung vorzunehmen, wodurch die mit der Hand eingebrachte Luft auf ein Minimum reduziert wird. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5, 1903.) Königstein.

Ueber die Azetonurie im Status puerperalis. Von R. Costa.

Vf. hat sich der Mühe unterzogen, den Urin von Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen auf den Azetongehalt zu prüfen und das Verhältnis zwischen schwangerem und nicht schwangerem Zustand festzustellen. Zu diesem Behufe wurde zuerst bei zehn nicht graviden Frauen, dann bei 26 Graviden der Harn auf Azetongehalt genau untersucht. Mittels der Jodoformreaktion nach Lieben wurde der qualitative Nachweis geliefert und die quantitative Analyse in sehr detaillierter Weise nach der Methode von Strache-Baldi vorgenommen. Das Ergebnis der Untersuchungen war folgendes: Es besteht am Ende der Gravidität eine physiologische Azetonurie, welche gegenüber den im nichtschwangeren Zustand gefundenen Werten im allgemeinen etwas erhöht ist. Der Azetongehalt steigt während des Geburtsaktes, und zwar umso höher, je länger die Geburt andauert und sinkt im Wochenbett wieder, bleibt jedoch in den ersten sechs Tagen größer als während der Gravidität. — (Ann. di ost. e gyn., 1903.) Königstein.

Ueber Verkalkung der Uterusfibrome. Von M. Guibé.

Die fibrösen Neubildungen der Gebärmutter sind mannigfaltigen Metamorphosen unterworfen, von denen die Verkalkung ein besonderes Interesse bietet. Vf. fand, daß die subserösen und interstitiellen Fibrome größere Neigung zur Verkalkung besitzen als die submukösen Fibrome. Die mineralischen Bestandteile der verkalkten Fibrome bestehen zu zirka 80—95% aus dreibasisch phosphorsaürem Kalk und zirka 5—15% aus kohlensaurem Kalk. In ganz minimalen Mengen ist auch schwefelsaurer Kalk vorhanden. Ammonium und Magnesiumphosphat fehlen, wodurch der Unterschied zwischen Blasen- und Nierensteinen gegeben ist. Die Ursache der Verkalkung glaubt Vf. in einer Störung der Vaskularisation der Fibrome suchen zu müssen und ist der Grund dieser trophischen Störungen ganz unbekannt. Die Symptome bieten nichts für die Verkalkung spezifisches, sind allgemeiner Natur entsprechend denen des Fibroms. In diagnostischer Beziehung wäre der Nachweis eines Steines in der Gebärmutter mittels der Sonde maßgebend oder der Abgang eines solchen. Allerdings müßte man den Nachweis erbringen, daß er aus der Gebärmutter stammt und nicht aus der Blase. Bezüglich der Therapie sind im allgemeinen die bei Fibromen zu beachtenden Regeln einzuhalten. — (Ann. de gyn. et d'obstétr., 1903.) Königstein.

Gegen das Erbrechen Schwangerer empfiehlt Oehlschläger (Danzig) Tct. Strychni in Verbindung mit Natrium bicarbonicum als wertvolles Mittel. Er geht von dem Gedanken aus, daß durch den im Zustand der Reizung befindlichen Uterus reflektorisch eine Reizung der Magenschleimhaut mit konsekutiver kontinuierlicher Saftsekretion bewirkt werde. Vf. hatte stets günstige Erfolge mit folgender Medikation:

Rp. Natr. bicarb. 8·0
Tct. Strychni 3·0
Aqu. dest. 150·0
Syr. cinnamom. 30·0

M. D. S. 2—3stündlich 1 Eßlöffel zu nehmen. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 7, 1904.) Dr. Fritz Loeb, München.

Ueber Durchschnittseinkommen und Kindersegen gibt ein Bericht des Hamburger Medizinalrats interessante Aufklärung. Die schon länger bekannte Tatsache, daß beide Faktoren in einem umgekehrten Verhältnis zu einan-

Digitized by Google

der stehen, erfährt dadurch eine neue zahlenmäßige Bestätigung. Das größte Einkommen findet sich in den Hamburger Stadteilen Rotherbaum-Harvestehude: 2322—3099 Mark pro Kopf. Auf 1000 Einwohner kommen hier jährlich 15·2, resp. 17·1 Geburten. In dem Arbeiterviertel Billwärder-Amschlag beträgt das Durchschnittseinkommen jährlich 317 Mark pro Kopf, die Geburtsziffer 34·2 auf 1000 Einwohner.

Dr. Fritz Loeb, München.

Urologie.

Uretersteine. Von Tenney.

In den Johns Hopkins Hospital Reports (Bd. 10) stellte Schenck 101 Fälle von Uretersteinen zusammen. Diesen fügt nun Tenney eine Serie von 33 anderen Fällen bei. Unter diesen 134 Kranken waren 74 Weiber, 58 Männer; in 2 Fällen war das Geschlecht nicht notiert. Die Lage des Steines war in der Regel charakteristisch, nämlich an drei Stellen des Ureters, die als physiologische Engen aufzufassen sind.

Die erste enge Stelle befindet sich gerade am Ausgang des Nierenbeckens und hat einen Durchmesser von 4 mm; die zweite Stelle befindet sich etwa 7 cm darunter mit einem Durchmesser von 3·2 mm, und die dritte ist die Einmündungsstelle in die Blase (Durchmesser von 2·5 mm). Die 134 Fälle verteilen sich auf diese Stellen in der Weise, daß in der ersten 18, in der zweiten 35 und in der dritten Enge 73 Steine zu finden waren.

Bloß in 12 Fällen wurden keine schneidenden Operationen ausgeführt; in diesen Fällen gingen die Steine durch den Ureter ab, wurden durch Zangen oder Lithotriptoren herausgezogen. Von den übrigen 122 Fällen, in denen chirurgische Eingriffe ausgeführt wurden, genasen 98; 23 starben. Von den letzteren wurden 11 Fälle wegen totaler Anurie operiert. Unter 15 Fällen, die mit Pyelitis oder Pyonephrose kompliziert waren, starben 7 Kranke (Mortalität 47%).

Abzüglich von 21 Fällen von Anurie und 15 Fällen mit Pyelitis, bleiben 85 Fälle, in denen die Operation bloß wegen des Uretersteines ausgeführt wurde. Von diesen letzteren starben 5 Kranke (Mortalität unter 6%). Die Mortalität wird sicherlich noch sinken, wenn die Operationsmethoden besser sein werden und wenn noch keine sekundären Nierenläsionen vorhanden sind.

Tenney empfiehlt den extraperitonealen Weg zur Ausführung der Nephrolithotomie.

Einzelne Autoren empfehlen, den Stein, wenn er im unteren Ureterabschnitt liegt, in die Blase vorzustoßen, doch ist dies kaum ratsam, da diese Methode bei der oft hochgradigen Enge des Ureters nicht leicht und auch gefahrvoll werden kann. Der Autor beschließt seine Arbeit durch folgende Sätze:

Intermittierende Schmerzen auf einer Seite mit wechselnder Hämaturie sind konstante Symptome des Uretersteines. Obwohl die beste Lokalisationsmethode des Uretersteines die Röntgen-Untersuchung ist, so ist diese nicht ausreichend zur chirurgischen Indikationsstellung. Wenn ein Stein die Niere verläßt, so ist es wahrscheinlich, daß er an einer der drei physiologisch engen Stellen stecken bleibt. All diese Stellen sind auf extraperitonealem Wege zu erreichen. Die Oeffnung im Ureter oder im Nierenbecken zur Entfernung des Steines soll womöglich mit absorbierbarem Material vernäht werden. Die Schnittwunden im Ureter heilen in der Regel leicht, allerdings nur, wenn sie sorgfältig vernäht werden. Ein Stein im Ureter ist eine Gefahr für die Gesundheit und für das Leben, seine Entfernung ist eine Operation mit niedriger Mortalität, der Eingriff soll aber unternommen werden, bevor sekundäre Nierenläsionen aufgetreten sind. — (Boston Medical and Surgical Journal, 4. Febr. 1904.)

Viktor Blum.

Totale suprapubische Prostatektomie. Von P. J. Freyer in London.

In zahlreichen Vorträgen und Aufsätzen hat Vf. über seine Methode der suprapubischen Prostatektomie und deren äußerst befriedigenden Resultate berichtet. Anläßlich der 72. Jahresversamm-

Digitized by Google

lung der British Medical Association in Oxford im Juli 1904 bringt nun Vf. eine zusammenfassende Mitteilung über 110 von ihm operierte Fälle. Auf seine Methode, die er wiederholt in detailliertester Weise geschildert hat, sei hier nicht näher eingegangen; bloß auf die Resultate und die Statistik.

Das Alter der 110 von ihm operierten Kranken betrug 53—84 Jahre. Das Gewicht der exstirpierten Drüsen schwankte zwischen $^3/_4$ und $14^1/_4$ Unzen (27—500 g). Die Mehrzahl der Kranken konnte den Urin während langer Zeit (bis zu 24 Jahren) nur mittels des Katheters entleeren. Nahezu alle waren in ihrer Gesundheit schwer geschädigt und manche sogar fast moribund, kaum einer war frei von Komplikationen.

In drei Fällen handelte es sich um maligne Geschwülste der Prostata. Von diesen starb einer 20 Tage nach der Operation, nachdem die Wunde schon fast vollständig verheilt war; die übrigen zwei genasen vollkommen.

Abzüglich dieser drei Fälle wurde in 107 Fällen die Totalexstirpation der adenomatösen Prostata ausgeführt. Von dieser wurden 97 Kranke geheilt, d. h. sie konnten den Urin zurückhalten und konnten ohne Hilfe des Katheters urinieren. Der Umstand, daß nur in zwei Fällen eine Septikämie nach der Operation sich entwickelte, erklärt Vf. mit einer gewissen Immunität, die die Kranken durch die lange dauernde Resorption septischen Urins akquirieren. Zehn Kranke starben; zwei an Manie nach vollständiger Wundheilung, einer an Hirnschlag am zehnten Tage, einer an Koma infolge der Absorption von Toxinen aus dem septischen Urin, einer an Pneumonie am siebenten Tage nach der Operation, zwei Kranke starben an Herzschwäche unmittelbar nach der Operation, einer an interstitieller Nephritis und zwei an Septikämie. Nur in vier oder fünf Fällen wurde der Tod unmittelbar durch die Operation verursacht. Im ganzen beträgt die Mortalität 9% — ungefähr $^1/_4$ von der Mortalität der Lithotomie im gleichen Alter.

Nach diesen ausgezeichneten Resultaten empfiehlt Vf. seine Operationsmethode, die in ihren Erfolgen jeder anderen Behandlung der Prostata hypertrophia weitaus überlegen ist. — (The Lancet, 23. Juli 1904.) Viktor Blum.

Erfolgreiche Nephorrhaphie bei Wanderniere, Niere mit Mesonephron in der Peritonealhöhle. Von David Newman in Glasgow.

Man kann dreierlei Verlagerungen der Niere unterscheiden: 1. Verlagerung ohne Beweglichkeit des Organs, 2. Bewegliche Niere mit Beweglichkeit hinter dem Peritoneum, 3. Wanderniere mit Ausbildung eines Mesonephrons, welches die Niere ganz lose mit der Wirbelsäule verbindet. Der Unterschied zwischen der einfach beweglichen Niere und der Wanderniere liegt darin, daß bei der letzteren die Beweglichkeit des Organs auch nach vorwärts bis an die vordere Bauchwand besteht. Diese exzessive Beweglichkeit hat in der Ausbildung des Mesonephrons ihren Grund. Diese Form der Wanderniere ist stets angeboren, während die bewegliche Niere ein erworbenes Leiden darstellt. Allerdings kann auch die Wanderniere mit Mesonephron dadurch entstehen, daß die bewegliche Niere eine Peritonealfalte vor sich hertreibt, und daß lokalisierte Peritonitis sich eng an die Falte anschließt. Die größte Bedeutung des Mesonephrons liegt darin, daß man eine derartige Wanderniere nicht von rückwärts, sondern nur auf peritonealem Wege operativ angehen kann, und daß natürlich die Nephorrhaphie in solchen Fällen besonders schwierig ist. Vor der Eröffnung des Abdomens ist es allerdings nicht möglich, diesen seltenen Zustand zu diagnostizieren.

Die 37jährige Patientin hatte seit mehr als drei Jahren arge Beschwerden im Bauche, es bestanden heftige Schmerzen und häufig schleimige Entleerungen infolge einer subakuten Kolitis. Sie wurde 3—4 Monate im Bette gehalten und hatte während dieser Zeit Ruhe von ihren Beschwerden. Später mußte sie Tag und Nacht ihre Bandage tragen, um die äußerst bewegliche Niere zurückzuhalten. Die Kranke war äußerst anämisch und machte einen neuropathischen Eindruck. Bei jeder intensiveren Körperbewegung

Digitized by Google

hatte sie heftige Schmerzanfälle in der rechten Niere. Dieselbe war frei beweglich, ließ sich mit Leichtigkeit unter den Rippenbogen, im kleinen Becken und nach vorwärts an die vordere Bauchwand verschieben. Die Niere war ungewöhnlich hart und kleiner als normal und überaus empfindlich.

Bei der Operation konnte durch den lumbalen Schnitt die Niere nicht aufgefunden werden, weshalb man die Peritonealhöhle zu öffnen gezwungen war. Es fand sich ein langes Mesonephron vor, und die Niere war allseits von Peritoneen überzogen.

Eine Inzision durch die Bauchfellhülle der Niere und durch ihre fibröse Kapsel brachte das Parenchym zutage. Die Fettkapsel fehlte. Mit vier tiefgreifenden Nähten wurde die Nephropexie ausgeführt. Der Heilungsverlauf blieb ungestört; die Kranke nahm an Gewicht bedeutend zu und verließ vollkommen geheilt das Spital.

Auch in der Folgezeit stellten sich bis jetzt nie wieder die Beschwerden ein. — (British medical Journal, 18. Juni 1904.)

Viktor Blum.

Ueber doppelseitige Nierensteine. Von Dr. Teplin. (Aus der I. chirurgischen Abteilung des Allgem. Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf.)

Vf. bringt eine übersichtliche Zusammenstellung der in den letzten Jahren zur Beobachtung gelangten Fälle von doppelseitigen Nierensteinen und teilt dieselben in zwei Gruppen ein, 1. solche, die wegen plötzlichen beiderseitigen Ureterenverschlusses mit kompletter Anurie zur Operation gelangten, und 2. solche, bei denen die Herabsetzung der Funktionsfähigkeit beider Nieren durch den doppelseitigen Nierenstein die operative Indikation abgab. Es handelte sich in allen Fällen um sogenannte primäre (harn- oder oxalsaure) Steine oder um sekundäre, wie sie sich bei aszendierender Zystopyelitis oder aber bei der Tuberkulose des Nierenbeckens entwickeln. Von den in die erste Gruppe gehörigen 5 Fällen genasen 2 nach der Operation, obwohl die Anurie 3, resp. 4 Tage angedauert hatte. Die übrigen 3 Fälle gingen an urämischen Zuständen zugrunde. Der Annahme Treplins, daß es eine reine reflektorische Anurie bei einseitigem Ureterverschlusse nicht gebe, können wir nach zahlreichen einwandsfreien, durch Sektionen bestätigten Literaturberichten nicht zustimmen. Bezüglich der operativen Therapie kommt der Vf. zu folgenden Schlußsätzen: 1. Es muß bei plötzlichem Ureterverschluß und Anurie sowie bei sehr großen doppelseitigen Steinen möglichst bald operiert werden. 2. Während im ersten Falle einseitige Operation oft genügt, muß bei großen Steinen stets doppelseitig operiert werden. 3. Während man im ersten Falle die voraussichtlich bessere Niere zuerst in Angriff zu nehmen hat, muß man bei der zweiten Kategorie von Fällen die geschädigtere Niere zuerst befreien. 4. Zur Feststellung, welche die geschädigtere Niere ist, ist eine Sondierung beider Ureteren unumgänglich notwendig mit folgender kryoskopischer Dichtebestimmung der gesondert aufgefangenen Urine. 5. Von einer Heilung kann man erst dann sprechen, wenn die Werte der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes wieder normal sind. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 74, H. 4.)

Viktor Blum.

Dermatologie.

Ueber die Bedeutung der Wärmestrahlen bei der Behandlung mit konzentriertem Licht nach Finsen. Von Dr. Scholtz.

Sch. bedient sich bei seinen Experimenten einer Tripletlampe mit Konzentrationslinse und gesonderter Kühl- und Drucklinse und kam im Gegensatz zu den zahlreichen Vertretern der chemischen Lichtwirkung zu dem Schlusse, daß auch die wenig brechbaren Wärmestrahlen an der Wirkung des konzentrierten Lichtes in hohem Maße beteiligt seien. Die Erhöhung der Temperatur, welche die Wärmestrahlen hervorrufen, übt bei genügend tiefer Absorption der Strahlen einen bedeutenden bakteriziden und somit heilkräftigen Einfluß in den tieferen Geweben aus. Im Gegensatz zu der Lichtwirkung nahm die Wärmewirkung in der

Digitized by Google

Tiefe zu. Versuche mit verschiedenen Lichtbildern und Zwischenschiebung von Kaninchenhaut ergaben, daß die ultravioletten Strahlen nach Durchdringung einer Hautlamelle nur noch sehr geringen Einfluß übten, während die Wärmestrahlen durch vier Hautlamellen gingen, ohne ihre intensive Wirkung einzubüßen. Wendet man bei der Bestrahlung mit konzentriertem Licht einen Kühlapparat an, so kann man durch die Erwärmung der unteren Schichten dort befindliche Bakterien abtöten, ohne wesentliche Schädigung der oberen Haut. Da die Blaufärbung der tieferen Hautlagen diese Wirkung der Wärmestrahlen erhöhte, ist anzunehmen, daß dieselben sich elektiv erweisen müßten bei Zellanhäufungen unter der Haut und stärker gefärbten, also stärker strahlenabsorbierenden pathologischen Gebilden. Zu diesen können die bräunlichen Lupusknötchen zu rechnen sein. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18, 1904.) N.

Histologische Untersuchungen über einige in der Dermatologie verwendete reduzierende Substanzen. Von Dr. Vignolo Lutati.

Als Untersuchungsfeld für die Experimente wurde der Hahnenkamm gewählt. Die zur Anwendung gelangten Substanzen sind der Teer, das Ol. cadinum, Ol. betulae, das Anthrarobin, das Gallazetophenol und das Ichthyol. Sie gehören alle zur Gruppe der sogenannten reduzierenden Mittel. Das Ichthyol gehört zu den schwachen Substanzen dieser Gruppe; das Gallazetophenol, Anthrarobin, der Teer und dem entsprechend das Oleum cadinum und betulae zu den starken. Zweck der Untersuchungen war, auf histologischem Wege nachzuweisen, nach welchem Mechanismus diese Substanzen eine mehr oder weniger tiefe Wirkung auf die Hautgewebe ausüben, um daraus auf dem Boden allgemeiner Betrachtungen eine bessere Erklärung für ihre Wirkung im dermatologischen Sinne zu gewinnen.

Teer bewirkt exsudative Prozesse in der Körnerschicht, sowie in den darunter liegenden Zellen des Rete. Die Kutis oberflächlich aufgetrieben und gelockert. Es ergibt sich hieraus für die therapeutische Wirkung, daß der Teer bei chronischen Hautinfiltraten resolvierend zu wirken vermag. Von ähnlichem Einflusse erweisen sich das Ol. cadinum, sowie Ol. betulae. Ol. rusci bewirkt lamellöse Zerklüftung der aufgeschwellten Hornschicht. Die darunter liegenden Zellagen sind in eine homogene, nekrotische Masse zusammengeschmolzen. In der Kutis machen sich intensivere Reaktionsphänomene geltend als bei Applikation der Ol. cadin. Es zeigt sich also im großen und ganzen, daß das Ol. rusci reizender und stimulierender wirkt, als die anderen Oele.

Anthrarobin (als 10% Traumatizin) erzeugt weitgehende Epitheldestruktion mit oberflächlicher entzündlicher Kutisinfiltration. Das Mittel teilt mit dem Chrysarobin die Wirkung ohne dessen intensiv reizende Eigenschaften aufzuweisen.

Gallazetophenon (Pyrogallolderivat, Antipsoriatikum, Keratolytikum) bewirkt geringere Reizung, als die Pyrogallussäure, immerhin hat es tiefreichende Epithelnekrose und exsudative Kutisalteration im Gefolge. Die von Leistikow behauptete anämisierende, sekretionsbeschränkende, gefäßkonstringierende, resp. ödembeseitigende Eigenschaft des Präparats wird aus diesen Versuchen nicht ersichtlich.

Ichthyol macht ödematöse Auftreibung der oberen Epidermislagen mit nachträglicher Homogenisierung, Wucherung der tiefen Reteschicht, in der Kutis mäßige entzündliche Reaktion. Bei längerer Anwendung kommt es zu lebhafter Wucherung der Epitheldecke, die nach Abstoßung der degenerierten alten, in kurzer Zeit von den basalen Zellagen nach aufwärts als völlig neuer Belag den Papillarkörper überkleidet. In Bezug auf die Kutis kommen jene zahlreichen Wege reduktiver Resorption in Frage, die man bei jeder Restitutio ad integrum konstatieren kann. — (Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. 38, Nr. 6.) N.

Digitized by Google

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Wie und wo sollen wir hereditär-syphilitische Kinder behandeln? Von Ed. Welander.

Die Bedeutung, welche der Behandlung hereditär luetischer Kinder zukommt, wird bestimmt einmal durch die Gefahr, welche die Syphilis für die eigene Gesundheit und Lebenskraft bildet und dann in vielleicht höherem Maße durch die Bedrohung, welcher die Umgebung dieser Kinder ausgesetzt ist. Es handelt sich nun darum, wie und wo die Behandlung am zweckmäßigsten durchzuführen wäre.

Bezüglich des „Wie" steht der Autor ganz auf dem Fournier-Neisser'schen Standpunkte der chronisch-intermittierenden Behandlung, und zwar müsse die hereditäre Syphilis genau so chronisch-intermittierend behandelt werden, wie die akquirierte, denn Syphilis sei Syphilis. Die Behandlung habe sich bereits auf den Foetus in utero zu erstrecken und ist nach der Geburt fortzusetzen. Als geeignetste und angenehmste Behandlungsmethode der schwangeren, syphilitischen Mütter empfiehlt Vf. seine Salbensäckchenmethode oder den Blaschko'schen Merkolintschurz (Nr. 3, alle zehn Tage zu wechseln). Die Behandlung ist während der Schwangerschaft intermittierend durchzuführen, selbst dann, wenn die Syphilis der Mütter schon weiter zurückreicht. Auch für die Kinder empfiehlt sich die Einatmungskur mittels der Salbensäckchen aufs beste, im ersten Monat $^1/_2$ g Unguent. einer. jeden zweiten Tag, im 2.—3. Monat bereits 1·0 u. s. w.

Daß die Behandlung der schwangeren Mütter mittels Jod und Quecksilber ganz geeignet ist, auch günstige Wirkungen auf die Plazenta, bezw. auf die Föten zu erzielen, ist über jeden Zweifel durch die eigenen Untersuchungen des Vf. festgestellt. Interessant ist, daß Vf. auch bei älterer Syphilis der Mutter (6—8 Jahre) das Kind als syphilitisch auffaßt und ebenso behandelt, wie bei rezenter Lues. Ebenso gilt ihm ein Kind auch dann als syphilitisch, wenn die Infektion der Mutter in der letzten Zeit der Schwangerschaft erfolgt; er beruft sich hiebei auf einen Fall eigener Beobachtung, wo die Mutter zur Zeit der Entbindung bloß an Sklerose erkrankt war (das Exanthem trat erst im Wochenbett auf) und das neugeborene Kind doch hereditäre Syphilissymptome aufwies.

Der wichtigste Punkt der Ausführungen gipfelt aber darin, wo die hereditär-syphilitischen Kinder intermittierend behandelt werden könnten. Bei den Kindern gut situierter Eltern erscheint diese Frage müßig, umso wichtiger ist sie für die arme Klasse. Da die Behandlung, wie erwähnt, bereits im Utero einzusetzen hat, so behält der Vf. luetische Schwangere bis zur Entbindung in seinem Krankenhause, worauf sie in die Entbindungsanstalt kommen, um von dort neuerdings ins Krankenhaus zurückzukehren und 2—4 Monate daselbst zu verweilen, ihre Kinder selbst zu nähren, wobei sie selbst und auch die Kinder mit Hg. behandelt werden. Die weitere Pflege bezw. Behandlung der luetischen Kinder führt Vf. in einem eigens diesem Zwecke dienenden Kinderasyl durch, ein Asyl, das er mit Hilfe des Beistandes wohlwollender Mitmenschen im Dezember 1900 mit einem Belegraum für fünf Kinder eröffnen konnte, das aber heute 13 Pfleglinge zählt; im ganzen ist daher bloß ein Rückblick auf eine Behandlungszeit von etwas über drei Jahre möglich. In dieser Zeit wurden 22 Kinder behandelt; begreiflicherweise ist die Zahl nicht größer, da ja die Kinder dort so lange verpflegt werden, bis sie, voraussichtlicherweise aus dem Asyl entlassen, keine Ansteckungsgefahr mehr für die Umgebung bilden können. Das ist ja neben der Pflege der Kinder das angestrebte Ziel. Die Behandlungsresultate sind außerordentlich günstig; von den aufgenommenen 22 Kinderchen starb kein einziges an Syphilis, zwei an Kindercholera, eines an Bronchopneumonie; die Kinder sind heute sämtlich 2—3 Jahre und darüber alt. Sowie die Kinder so lange im Heim waren, daß sie ohne Gefahr für die Umgebung entlassen werden können, kommen sie in weitere Pflege außerhalb desselben. Derzeit sind 13 Kinder noch im Heim, 6 in Pflege. Worüber der Vf. allein zu klagen hat, das ist der Mangel an Aufnahmsplätzen, da die kleine An-

Digitized by Google

stalt bei weitem nicht ausreicht. Die jährlichen Kosten des Heims, das von einer Oberin und drei Pflegerinnen bewirtschaftet wird, beläuft sich beim jetzigen Stande von 13 Pfleglingen auf jährlich 6000 Mark. Die humane Idee wird sicherlich auch in anderen Ländern Nachahmung finden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37, 1904.) D.

Zur Behandlung der chronisch rheumatischen und der gonorrhöischen Gelenkserkrankungen mittels der Bier'schen Stauungshyperämie. Von A. Laqueur.

Bier selbst hat seine Methode der Stauungshyperämie auch als Heilmittel gegen Arthritis gonorrhoica empfohlen, doch fand die Methode bisher fast gar keine Nachahmer. Der Vf. hat sie hingegen in einer Reihe von Fällen von chronischem Gelenksrheumatismus und auch Arthritis gonorrhoica verwendet. Die Stauung wurde nach den Vorschriften Biers derart vorgenommen, daß oberhalb des betreffenden Gelenkes eine Gummibinde so fest angelegt wurde, daß der distal gelegene Teil tief rot, eventuell zyanotisch wurde, wobei aber der Puls der peripherwärts gelegenen Arterie noch deutlich zu fühlen war. Um die Stauung auf das betreffende Gelenk zu beschränken, wurde beispielsweise bei Kniegelenksaffektionen auch der distale Anteil des Beines bis unter das Knie mit einer Flanellbinde umwunden. Die Dauer der Stauung betrug 2 bis 4—5, ja bis zu 12 Stunden, an dieselbe schloß sich Massage in Form von zentripetaler Streichung.

Im allgemeinen wird man eine Auslese zwischen geeigneten und nicht geeigneten Fällen zu treffen haben; es zeigte sich nämlich, daß bei chronischen Gelenkserkrankungen die Arthritis deformans weder in klinischer, noch in therapeutischer Beziehung bei der Behandlung besondere Erfolge aufweist, wenn man von vorübergehender Schmerzstillung absieht; dann schien ein Erfolg viel ersichtlicher bei den distalen Gelenken. In geeigneten Fällen war ein Nachlassen des Schmerzes, sowie die Besserung der Funktionen bald nachzuweisen. Auch die Fälle der Arthritis gonorrhöica lassen sich in ähnlicher Weise, als zur Behandlung geeignet oder nicht, gruppieren, nämlich jene, die mit Deformation der Gelenke, eventuell Krepitation einhergehen, die also in mancher Hinsicht der Arthritis deformans ähneln, geben keine guten Erfolge, während die anderen sehr günstig beeinflußt werden.

Hervorgehoben sei noch, daß es dem Vf. keineswegs darum zu tun ist, in der Bier'schen Stauung das einzige Hilfsmittel bei Gelenkserkrankungen zu sehen, sondern daß in fast allen Fällen an dieselbe auch andere bekannte physikalische Heilmethoden (Dampfduschen, allgemeine und lokale Heißluftbäder, Umschläge etc.) sich anschlossen. — (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 36, 1904.) D.

Ueber eine Weiterimpfung vom syphilitisch infizierten Schimpansen. Von O. Lassar.

Nachdem es nun schon durch eine ziemlich reiche Wiederholung der Impfungen von anthropoiden Affen mit Syphilis sichergestellt scheint, daß diese Tierspezies zweifellos für das syphilitische Virus empfänglich ist, handelte es sich in dem vorliegenden Experiment darum, festzustellen, ob diese künstlich beim Schimpansen erzeugten Krankheitserscheinungen durch Weiterimpfung auf ein zweites Individuum derselben Spezies wiederum dieselben Krankheitserscheinungen zu zeitigen imstande seien, womit gleichzeitig dargetan wäre, daß es sich bei der ersten Impfung vom Menschen auf den Affen wirklich um originelle, lebendig wirkende — nicht etwa abortiv haftende — Keime handle.

Die Ausführung dieser Aufgabe ergab ein positives Resultat. Der vom ersten infizierten Schimpansen weiter geimpfte zweite Schimpanse ergab an den Impfstellen einen ganz deutlichen Primäraffekt von derber Infiltration, markiertem Rand und zentraler Einsenkung und nach Verlauf von weiteren sechs Wochen Allgemeinerscheinungen in Form von deutlichen Papeln an verschiedenen Stellen der Haut, mit besonderer Prädilektion der Handteller. Es ist also möglich, Syphilis vom Menschen auf den Schimpansen und von diesem wieder auf einen Vertreter

Digitized by Google

derselben Spezies zu übertragen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30, 1904.) D.

Kinderheilkunde.

Die Kindermilch. Schlußsätze aus dem Referate Dr. Schloßmanns auf der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Die hohe Sterblichkeit der künstlich ernährten Säuglinge ist in erster Linie bedingt durch die in Großstädten erschwerte Möglichkeit, reine, gute und frische Milch für die Ernährung derselben zu erhalten. Milch, die als Kindermilch oder mit einem ähnlichen Namen bezeichnet wird, muß hygienisch einwandfrei sein, d. h. von gesunden Kühen stammen, sauber gewonnen sein und in frischem Zustand in die Hände der Konsumenten gelangen. Kindermilch braucht nicht von trocken gefütterten Kühen zu sein. Ob sich Stallfütterung, Trockenfütterung oder Weidengang mehr empfiehlt, hängt von den lokalen Verhältnissen ab. Im allgemeinen ist die Milch von trocken gefütterten Kühen für die Ernährung des Säuglings minderwertig gegenüber der von Kühen, die auf die Weide gehen. Für die Ernährung der Kühe, die zur Kindermilch-Produktion verwendet wird, gilt dasselbe Gesetz, wie für die stillende Frau: was ihr bekommt, was sie verträgt, ist ihr erlaubt; verboten ist, was ihr Indigestionen bereitet.

Kindermilch ist ein Objekt, dessen Wert unter allen Umständen so hoch ist, daß der großen Menge des deutschen Volkes der Bezug derselben aus wirtschaftlichen Gründen unmöglich gemacht ist ohne besondere diesbezügliche Maßnahmen. Wenn Staat und Kommune ernsthaft gesonnen sind, der übergroßen Säuglings-Sterblichkeit Einhalt zu tun, so muß der Bezug für die Ernährung der Säuglinge bestimmter Milch in geeigneter Weise organisiert werden. Diese Organisation muß auf dem Prinzip der Gemeinnützigkeit, nicht auf dem der Notwendigkeit aufgebaut werden.

Die Ausgabe der Kindermilch hat durch besondere Anstalten zu erfolgen, für die Schloßmann bestimmte Grundsätze aufstellt.

Die Kosten derartiger Kindermilch-Verteilungsanstalten werden durch die Gesamtheit getragen, indem der Bemittelte mehr, der Unbemittelte weniger, die Kommune für die Armen bezahlt.

Alle Dauerpräparate von Milch sind prinzipiell zu verwerfen. Die Kindermilch und die daraus bereiteten Mischungen sollen spätestens 30 Stunden nach dem Melken verbraucht sein. Als einziges Mittel der Milchkonservierung für die Dauer von 30 Stunden ist die Kälte und die Erwärmung — Kochen in Einzelportionsflaschen (Soxhletisierung) — zu betrachten. Je weniger Keime in die Milch kommen, desto leichter ist die Konservierung für die genannte Dauer. — Asepsis ist besser als Antisepsis. Die Verabreichung von roher Milch ist unter allen Umständen bei der Kindermilchverteilung mit ins Auge zu fassen.

Chemische Konservierungsmittel, die zuverlässig und unschädlich sind, gibt es nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht. Der theoretisch ausgedachte Vorschlag Behrings, die Milch mit Formaldehyd zu versetzen, ist zu verwerfen und direkt schädlich. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 10.) Nrth.

Meningitis serosa otitica bei einem Kind, Lumbalpunktion, Heilung. Von Fr. Huber.

Der Fall betraf ein $2^1/_2$ Jahre altes Kind mit adenoiden Vegetationen und chronischem Ohrenfluß. Zehn Tage vor Spitalsaufnahme traten allgemeine Konvulsionen auf, die Zuckungen häuften sich und bestanden Tag und Nacht. Das Kind war halb bewußtlos, die Pupillen dilatiert, die rechte weiter. Strabismus convergens und lateraler Nystagmus. Tâches cérébrales, rapider, nicht irregulärer Puls. Steigerung der Sehnenreflexe.

Drei Tage darauf wurde der Processus mastoideus eröffnet, die krankhaft veränderten Knochenpartien entfernt und die Dura freigelegt. Um nicht durch Eröffnung der Dura Infektionswege zu schaffen, wurde behufs Entlastung des Druckes die Lumbalpunktion vorgenommen, 30 cm^3 Flüssigkeit an einem und 16 am folgenden

Digitized by Google

Tage abgelassen. Nach der zweiten Punktion besserten sich die Erscheinungen so, daß das Kind 22 Tage nach der Operation entlassen werden konnte. Zwei Monate später wurde tadellose Gesundheit konstatiert. (American Medic. 1903 u. Arch. of Ped.) Nrth.

Beitrag zur Serumbehandlung der Diphtherie. Von Dr. S. Schön-Ladniewski.

Vf., ein begeisterter Anhänger der Serumtherapie, ist eher geneigt, an Zufälligkeiten bei Ausbleiben der Serumwirkung zu glauben, als sich in seiner treuen Anhängerschaft erschüttern zu lassen. Drei Fälle von Diphtherie stellten seine Treue auf eine harte Probe. In einem Falle starb ein vierjähriges Kind wenige Stunden nach Injektion von 3000 A. E. zur Bestürzung des Autors, der die Absicht hatte, nach zwölf Stunden die Injektion zu wiederholen. In einem zweiten Falle trat nach 2000 A. E. keine Besserung ein, die Injektion wurde wiederholt und trotz schließlicher Beibringung von in toto 5500 A. E., ohne daß es sich um eine bösartige Form der Krankheit handelte und ohne daß man die Zeit hätte verstreichen lassen, starb das Kind. Im dritten Falle trat eine äußerst gefährliche Gestaltung des Krankheitsbildes trotz mehrmaliger Injektion von im ganzen 13.500 A. E. ein, so daß der Fall hoffnungslos erschien. Da kam dem immer noch treuen Anhänger der Serumtherapie der rettende Gedanke, daß es sich um wirkungsloses Serum (des staatlichen Instituts) handle, und er injizierte Krakauer Serum. Sofort wunderbarer Umschlag des Bildes — Besserung — Heilung. Das in den drei Fällen angewendete Serum wurde an das staatliche Institut gesendet, das einen Rückgang des Antitoxingehaltes des Serums konstatierte und die entsprechenden Serien aus dem Handel zog. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 10. Nrth.

Ueber die Erkrankungen des Mittelohrs bei Masern. Von Dr. Nadoleczny.

Die Ergebnisse klinischer Untersuchungen an 100 masernkranken Kindern sind: Der akute Mittelohrkatarrh und die akute exsudative oder perforative, also eiternde Mittelohrentzündung sind die gewöhnlichsten Komplikationen der Masern. Sie entstehen hauptsächlich in den ersten zwei Wochen nach der Eruption, bisweilen schon im Prodromalstadium, weniger häufig erst zur Zeit der Desquamation. Es ist daher falsch, die Mittelohrerkrankungen zu den Nachkrankheiten der Masern zu zählen, sie sind vielmehr meist nosogener, seltener sekundärer Natur.

Ihre Entwicklung wird durch Erkrankungen der oberen Luftwege und der Lungen häufig befördert oder sogar erst veranlaßt, weshalb, wie bei anderen Infektionskrankheiten, auch hier der akute Schnupfen schonend und sachgemäß (ohne Nasenspülung) behandelt werden muß. Die entzündlichen Prozesse treten in der Regel mit deutlichen subjektiven Symptomen auf. Die objektiven Zeichen sind ebenfalls die der akuten Otitis media. Die Prozesse sind im allgemeinen gutartig und haben Tendenz zur Spontanheilung, doch sind schwere Komplikationen, auch Caries mastoidea, Taubstummheit eben nicht ausgeschlossen. Durch frühzeitige Prophylaxe gelingt es oft, die Entwicklung der Exsudation in die Paukenhöhle hintanzuhalten. Eine rechtzeitige Therapie erreicht meistens eine Resorption des Exsudats. Unbehandelte oder vernachlässigte Fälle kommen häufig nicht zur Heilung. — (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 10.) Nrth.

Zahnheilkunde.

Verhinderung der Bildung von Zahnstein an den Zähnen. Von F. Trauner.

Man findet bei manchen Patienten trotz gründlichster Reinigung der Zähne nach Verlauf von kaum zwei Monaten immer wieder starke Zahnsteinablagerungen. Diese hellgelbe, ziemlich weiche Kruste besteht hauptsächlich aus kohlen- und phosphorsaurem Kalk. Ein Medikament, welches dem Speichel eine dauernd alkalische Reaktion gibt, vermag daher die Zahnsteinbildung hintanzuhalten. Als solches wird seit Jahren das Natr. bicarb. empfohlen. Vf. verwendet Preblauer Sauerbrunn, welcher nach der abend-

Digitized by Google

lichen gründlichen Reinigung des Mundes schluckweise in den Mund zu nehmen und durch leichte Wangen- und Zungenbewegungen überallhin zu verteilen ist. Die damit erzielten Erfolge sind so gute, daß Vf. noch weitere günstige Faktoren in diesem Wasser vermutet, vor allem die darin enthaltene freie Kohlensäure (nach Ludwigs Analyse in 10.000 Teilen 21·734 Th.). Die große Menge von Salzen, welche bei Anwesenheit einer bestimmten Menge freier Kohlensäure in Lösung gehalten wird, legt den Schluß nahe, daß auch das Ausfallen des Zahnsteines, welcher vornehmlich aus Kalksalzen besteht, bei Anwesenheit freier Kohlensäure eingeschränkt wird. Es wäre mit diesem Mittel gegen die Zahnsteinablagerung zugleich die Möglichkeit gegeben, eine der häufigsten prädisponierenden Ursachen der Alveolarpyorrhöe zu beseitigen. — (Oesterr. Zeitschr. f. Stomatologie, April 1904.) R. Kronfeld.

Ueber Lichttherapie. Von F. Neumann.

In der Zahnheilkunde kommt von den verschiedenen Arten der Lichttherapie nur die örtliche Bestrahlung mit konzentriertem Licht zur Anwendung. Den ersten günstigen Erfolg erzielte Vf. bei einem hartnäckigen Falle von Alveolarpyorrhöe, welcher einer dreimonatlichen medikamentösen Behandlung nach Robin (Entfernung des Zahnsteines, Aetzung der Taschen mit englischer rauchender Schwefelsäure und nachherige Neutralisation mit Natrium bicarbonicum) getrotzt hatte. Schon nach der ersten Sitzung ließ die Eiterung nach, nach mehreren Sitzungen wurden die Zähne bedeutend fester. Auffallend ist die Trockenheit des Zahnfleisches während der Beleuchtung und der geringe Speichelfluß bei prolongierten, bis zu einer halben Stunde dauernden Sitzungen. Vf. verwendet Gasglühlicht. Auch jene Fälle von Lockerung der Zähne, bei welchen keine Eiterung, sondern bloß Lockerung des Zahnfleisches besteht, werden in wenigen Sitzungen gebessert. Offenbar handelt es sich um eine entzündungshemmende Wirkung der hier wohl überwiegenden Wärmestrahlen. Dobrzyniecki will in gleicher Weise auch den chronischen Alveolarabszeß mit sehr gutem Erfolge behandelt haben, Vf. ist jedoch nicht in der Lage, über diesbezügliche Kontrollversuche zu berichten. — (Oesterr.-ungar. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., April 1904.) R. Kronfeld.

Pharmakologie und Toxikologie.

Anästhesin gegen Seekrankheit empfiehlt Dr. L. Schliep (Frankfurt a. M.) auf Grund zahlreicher Erfahrungen, die er damit auf Seereisen gemacht. Das Mittel tat selbst bei Patienten, die sonst stets unter der Seekrankheit zu leiden hatten, prompt seine Schuldigkeit. Prophylaktisch angewandt, kamen die Anfälle überhaupt nicht zum Ausbruch, auch bei den ersten Anzeichen, noch ehe es zum Erbrechen gekommen war, wirkte es gut, versagte dagegen meist bei schon voll entwickelter Seekrankheit. Das Mittel wurde in Oblaten oder Tabletten drei- bis viermal zu je 0·5 g gegeben und diese Dosis in den folgenden Tagen auf See wiederholt. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 10, 1904.) Dr. Springer-Breslau.

Heroin. hydrochlor. bei Neurasthenia sexualis.

Dem Heroin scheint eine ausgesprochene Wirkung auf den Geschlechtsapparat zuzukommen. In den letzten Jahren wurde dasselbe von Heins, Strauß und letzthin von Becker (Berl. klin. Wchschr., S. 1076, 1903) als Anaphrodisiakum empfohlen. Dann wandte es Engeln (Aerztl. Rundschau, Nr. 14, 1903) bei Neurasthenia sexualis an, und zwar mit bestem Erfolge. Durch Verabreichung von Heroinsuppositorien wurden die Erektionen nach drei Nächten bereits vermindert und blieben bei dieser Anwendung nach fünf Nächten völlig aus. Zu denselben günstigen Resultaten kommt nun H. Higier (Warschau). Er wandte das Heroin mit zufriedenstellendem Erfolge an bei sechs Fällen von nächtlichen Samenergüssen, die drei- und viermal wöchentlich, bei zwei Patienten sogar zweimal in der Nacht auftraten und von großem Unlust- und

Digitized by Google

Schwächegefühl, Kopf- und Kreuzschmerzen, Schlaflosigkeit etc. begleitet zu sein pflegten, ebenso in zwei Fällen von krankhaft gesteigerter Geschlechtslust bei Tabes incipiens und drei von Neurasthenie infolge geschlechtlicher Ausschweifung und Masturbation. Higier empfiehlt nun, um rasche und anhaltende Wirkung zu erzielen, große Dosen, am besten über 1 cg, jeden Abend vor dem Schlafengehen eine Woche lang (in Form von Pulvern, Pillen oder Suppositorien), in der zweiten Woche jeden zweiten Abend, in der dritten Woche jeden dritten Abend. Es tritt jedoch leicht Gewöhnung ein, woraufhin dann einige Tage auszusetzen ist.

Bei diesen großen Dosen ist jedoch nach Ansicht des Ref. zu bemerken, daß das Heroin gefährlicher ist, als Morphin, und Dosen von 1 cg, wenigstens für den Patienten, der Heroin zum ersten Male bekommt, zweifellos zu hohe sind. So empfiehlt z. B. Mayor (Therap. Monatshefte, 5 und 6, 1903) in diesem Falle Einzelgaben von höchstens 0·005 g und warnt direkt vor höheren Dosen.

Bei den meisten Neurasthenikern besserte sich der Allgemeinzustand bald, auch die Arbeitsfähigkeit nahm zu, und die Stimmung wurde eine bessere. — (Neurol. Zentralbl., Nr. 6, 1904.)

Dr. Springer-Breslau.

Einige Primulaarten verursachen eigenartige Ekzeme, für die man bisher keine Erklärung hatte. Besonders Gärtner und Blumenzüchter sind oft dieser Gefahr ausgesetzt. Hiezu schreibt Dr. Ullmann aus Walk in Livland den „Excerpta medica“: Zwei Schwestern, über 70 Jahre, haben einen prächtigen Busch der Primula obconica, eine Pflanze, die sich durch perpetuelles Blühen auszeichnet. Fast zwei Jahre pflegte die eine Schwester die Pflanze, ohne irgend eine Schädigung ihrer Haut. Dann aber kam ein trockenes Ekzem an Gesicht und Händen, das sehr hartnäckig war und erst — ohne irgend welche Desquamation — schwand, als Patientin, die mittlerweile von der Primelkrankheit gehört, die Pflanze völlig mied. Ihre Schwester aber ist immun. Ebenso leidet von zwei Mägden dieser Dame die eine sofort, wenn sie die Pflanze pflegt, während die andere immun ist. — („Excerpta medica“, XIII, Dr. 9, S. 423.)

Dr. Springer, Breslau.

Herstellung einer leicht löslichen, Chinin und Pilokarpin enthaltenden Verbindung.

Die Verbindung wird entweder dadurch hergestellt, daß man Chininhydrochlorid und freies Pilocarpin ohne Lösungsmittel durch Erwärmen verflüchtigt, die Reaktion tritt im Oelbade bei etwa 130° C. ein, oder die Lösung von Chininhydrochlorid und freiem Pilocarpin in Wasser oder anderen Lösungsmitteln eindunstet. In letzterem Falle läßt man das Präparat umkristallisieren.

Dem Chininpilocarpin sollen wertvolle bakterientötende Eigenschaften zukommen, und es soll besonders bei gewissen Haarwurzelerkrankungen erfolgreiche Wirkung ausüben. — (D. R. P. 153.767 für E. Sohn in Berlin.)

Dr. Springer-Breslau.

Aus meinen Beobachtungen über die Wirkung des Xeroform. Von Dr. N. N. Rjumin.

Die Untersuchungen des Vf. beziehen sich auf 72 Fälle, und zwar handelt es sich durchweg um veraltete Wunden, die schon früher in verschiedener Weise behandelt oder überhaupt nicht behandelt worden waren. Die 72 Fälle umfassen Verbrennungen zweiten Grades, Ulcus molle, akute und chronische Unterschenkelgeschwüre, nässendes Ekzem und verunreinigte Quetsch- und Schnittwunden. Die Erfahrungen waren fast durchweg gute, so daß der Autor zu folgenden Schlüssen kommt:

1. Das Xeroform trocknet, indem es die eitrige Sekretion vermindert, Wunden und Geschwüre gut aus und verhindert, indem es eine feste Borke bildet, das Eindringen des Infektionsstoffes in das Lymph- und Blutsystem.

2. Das Xeroform reizt auch nicht im geringsten die umgebenden Gewebe.

3. Das Xeroform belebt und kräftigt die Granulationen und bewirkt dadurch eine rasche und feste Vernarbung.

Digitized by Google

4. Das Xeroform kürzt die Krankheitsdauer ab.

5. Das Xeroform besitzt vor dem Jodoform den Vorzug, fast vollständig geruchlos zu sein.

Das Xeroform ist äußerlich dem Jodoform nicht unähnlich. Bei seiner Darstellung ging man von der Idee aus, die desinfizierende Kraft der Karbolsäure und die wundverschließende Fähigkeit des Wismuts zu vereinigen, und kam so zu dem Tribromphenolwismut, einem Körper mit 60% Bi_2O_3. — (Wojenno Medicinski Journal, Bd. 78, H. 5; Deutsche Med. Ztg., S. 660, 1904.)

Dr. Springer-Breslau.

Kunstdüngerstaub als Ursache tödlicher Laryngitis. Von Med.-Rat Dr. Bornträger in Düsseldorf.

Mitte Oktober 1903 war ein ungefähr 40jähriger Feldarbeiter den ganzen Tag über damit beschäftigt, Kunstdünger auf dem Felde auszustreuen. Infolge des herrschenden starken Windes kam ihm hiebei viel von dem Staube in den Mund und die Folgen davon waren Heiserkeit, sowie heftige Halsschmerzen und Hustenanfälle noch an demselben Abend. Am nächsten Tage war der Zustand bereits bedenklich: blaß zyanotisches Gesicht, kalter Schweiß, starke Atemnot, Schwäche und am vierten Tage nach einem unmöglichen Spiegelungsversuche und verweigerter Tracheotomie exitus letalis. — (Aerztl. Sachverständig.-Ztg. Nr. 3, 1904.)

Dr. Springer-Breslau.

*

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Breslau vom 18. bis 24. September 1904.

Ueber einige Vorträge aus den naturwissenschaftlichen Abteilungen soll in folgendem, soweit es für ärztliche Leser von Interesse ist, kurz referiert werden.

Schaumwein. Die Untersuchungen haben ergeben, daß die zu 1 Mark pro Flasche angebotenen Schaumweine natürlich keinen Anspruch auf die Bezeichnung „Wein" machen dürfen, da Flasche, Kork, Etikett, Steuer, Kapsel und Reklame allein schon zirka 90 Pfennig kosten. Für Inhalt und Verdienst bleiben demnach ungefähr 10 Pfennige. Derartige Getränke lassen bei der chemischen Analyse leicht ihren Wert erkennen. Schwierig dagegen ist es, festzustellen, ob Flaschengärung oder Imprägnierung mit Kohlensäure vorliegt. — (Dr. Bein, Berlin; Abt. f. angewandte Chemie.)

Aërogengas ist mit Kohlenwasserstoffdämpfen geschwängerte Luft. Leichtflüchtige Kohlenwasserstoffe (Solin, Benzin) werden mit Luft durchgewirbelt und geben an letztere ihre leicht brennbaren Gase ab. Diese Beleuchtung soll die Lücke zwischen Petroleum und Leuchtgas ausfüllen und bei der einfachen Herstellung besonders für fernab stehende, einzelne Gebäude, Sanatorien in den Wäldern, Fabriken etc. in Betracht kommen. Der Betrieb ist einfach und billig, Leucht- und Heizkraft gut, die Explosionsgefahr sehr gering. — (Dr. Stern, Berlin; Abt. f. angewandte Chemie.)

Ueber deutsches Opium. Auf dem Versuchsfelde des Pharmazeutischen Instituts in Berlin-Dahlem wurden Anpflanzungen aus weißem Mohnsamen gemacht. Der Morphingehalt des gewonnenen Opiums erreichte 6·7%. Obwohl die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen, ist heute schon zu sagen, daß sich die Kultur des Opiums in Deutschland nicht rentieren wird, da allein der Arbeitslohn für das Ritzen der Mohnköpfe und Abnehmen des Opiums 75 Mark für 1 kg Opium, das ist ungefähr viermal so viel, wie bestes türkisches Opium kostet. Außerdem ist es noch sehr fraglich, ob es gelingen wird, den Morphingehalt zu steigern. — (Dr. Thoms, Berlin; Abt. f. Pharmazie und Pharmakognosie.)

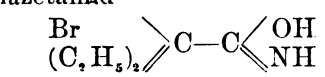
Die Quecksilberbogenlampe aus Quarzglas wird infolge ihrer physiologisch sehr wirksamen Strahlen zweifellos große Verwendung in der Medizin finden. Die Lampe dient zur Erzeugung ultravioletter Strahlen und besteht aus einem Quarzgehäuse, in dem die Polenden als Iridiumspitzen endigen und bei Stromschluß Quecksilberdampf zum Glühen

Digitized by Google

bringen. Das Licht ist reich an ultravioletten Strahlen und außerordentlich intensiv, für praktische Beleuchtungszwecke allerdings noch nicht recht geeignet, da es überwiegend grüne und zu wenig rote Strahlen enthält und für unsere Augen noch nicht angenehm ist. Durch Quarz gehen die ultravioletten Strahlen glatt durch, von Glas dagegen werden sie stark absorbiert. Physikalische Wirkung: Gase werden leitend für Elektrizität. Chemische Wirkung: sofortige Reduktion von Chlorsilber, Luft wird ozonisiert. Physiologische Wirkung: heftige Netzhautentzündungen, anderseits werden die ultravioletten Strahlen bereits ähnlich wie Radiumstrahlen medizinisch mit Erfolg angewandt. — (Dr. Stark, Göttingen; Abteilungen für Chemie, Physik und angewandte Chemie.)

Ueber eine Gruppe therapeutisch wirksamer Amide.

In unseren Schlafmitteln sind außer den Aethyl-, bezw. Propylgruppen und den an das Kohlenstoffatom geketteten Halogenen Cl und Br auch die Hydroxylgruppen als Träger der spezifisch hypnotischen Wirkung beteiligt. Wie im Morphin und Chinin, spielt auch im Chloralhydrat, Paraldehyd, Amylenhydrat u. a. die OH-Gruppe eine bedeutende Rolle. Das gleiche gilt auch für das Veronal. Basierend auf dem Zusammenhang zwischen chemischer Konstitution und physiologischer Wirkung wurde eine neue Gruppe von Hypnotika aufgebaut, deren erster Repräsentant das Neurona-Bromdiäthylazetamid



ist. — (Dr. G. Fuchs, Biebrich, Abt. f. Pharmazie u. Pharmakognosie.)

Dr. Springer, Breslau.

Ueber Digalen (Digitoxinum solubile). Von Prof. M. Cloetta.

Mit Rücksicht auf die enormen Schwankungen an wirksamen Bestandteilen in den Digitalisblättern, sowie in den aus denselben dargestellten Extrakten und Tinkturen wurde schon seit langem der Versuch gemacht, aus dieser Droge die wirksame Substanz zu isolieren, die durch die Konstanz ihrer Zusammensetzung und genaue Dosierbarkeit einen bestimmten Effekt garantieren sollte. Die diesem Körper entsprechende Substanz, das von Schmiedeberg dargestellte Digitoxin, hat aber — hauptsächlich mit Rücksicht auf die starke spezifische Reizwirkung auf die Gewebe — bis jetzt keinen rechten Eingang in die Praxis gefunden. Dem Vf. scheint es nun gelungen zu sein, aus den Digitalisblättern einen weißen, amorphen Körper darzustellen, der seiner chemischen Zusammensetzung nach vollkommen identisch mit dem krystallisierten Digitoxin (Schmiedeberg) ist. Er unterscheidet sich jedoch von diesem hauptsächlich durch die ungleich größere Wasserlöslichkeit und die dadurch bedingte bedeutende Reduktion der Reizerscheinungen. Im Tierversuche konnte Vf. die Reizlosigkeit der subkutanen Injektion feststellen, und in einem Selbstversuche verursachte die Einführung von 0·30 mg amorphen Digitoxins in den nüchternen Magen keine Belästigung.

Das Mittel kommt in wässeriger Lösung mit 25% Glyzerin versetzt in kleinen Fläschchen unter dem Namen Digalen in den Handel. Jeder Kubikzentimeter der Lösung entspricht genau 0·30 mg des amorphen Digitoxin. Um eine möglichst genaue Dosierung zu erreichen, ist jedem Fläschchen eine eingeteilte Pipette beigegeben. Die Maximaldose pro die dürfte 1·20 g betragen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33, 1904.) Laub.

II. Diagnostik.

a) Nase, Rachen und Kehlkopf.

Ueber motorische Reizerscheinungen im Pharynx und Larynx. Von Dr. Sinnhuber.

Bei einem Kranken mit einem schweren Gehirnprozeß in der hinteren Schädelgrube, dessen nähere Diagnose Vf. in suspenso lassen muß, traten im Laufe von sechs Monaten u. a. folgende Erscheinungen auf: Undeutlichkeit der Sprache infolge von Parese der rechten Zungenhälfte, Zuckungen am Halse und Kinn,

Digitized by Google

an den Mundwinkeln und im Platysma. Die Zuckungen am Halse sind rhythmisch und könnten für den Karotidenpuls gehalten werden, wenn sie nicht frequenter wären, als dieser. Ferner sieht man ein fortwährendes Zucken des weichen Gaumens, der hinteren Pharynxwand, der Stimmbänder und der Aryknorpel. Die Stimmbänder machen während der Respiration beständig adduzierende Bewegungen, etwa 140mal in der Minute, welche auch im Schlafe nicht sistieren; beim Phonieren schließen sie gut. Die Zuckungen im Gebiete des unteren Fazialisastes sind unregelmäßig, mehr wie fibrilläre Zuckungen, die im Vago-Akzessoriusgebiete aber sind rhythmische, klonische Zuckungen. Die Sensibilität ist überall erhalten. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29, 1904.) Weil.

Einige Bemerkungen über adenoide Vegetationen. Von Dr. W. Lublinski.

Die Frage, ob die adenoiden Wucherungen als ein skrofulöses Leiden anzusehen seien, ist noch strittig. Sicher ist, daß die Schwellung der Lymphdrüsen am Kieferwinkel und hinter dem Kopfnicker erst die Folge der Affektion der Rachenmandeln ist. Nach Entfernung derselben kann man fast immer sehen, daß diese Lymphdrüsen, wenn sie nicht etwa schon tuberkulös infiziert waren, sich zurückbilden, oft auffallend rasch. Und was noch viel beweisender ist: Fisteln, welche nach der operativen Entfernung solcher vereiterter Lymphome zurückblieben und jeder Behandlung trotzten, schließen sich spontan nach Entfernung der Wucherungen. Diese brauchen aber durchaus nicht das typische Bild zu zeigen, namentlich auch nicht besonders groß zu sein. Vf. legt dar, daß alle oft so schweren Folgezustände, wie rezidivierende Anginen und Bronchitiden, Mittelohraffektionen, Taubstummheit, „skrofulöse" Augenentzündungen, krampfhafter Reizhusten, Verdauungsstörungen u. s. w. sehr oft bei kleinen Vegetationen, welche die Atmung durchaus nicht behindern, in voller Intensität ausgebildet sind (was übrigens allen Fachleuten schon längst bekannt ist. Ref.)

Ein gewisses Aufsehen hat die Tuberkulose der Rachenmandel erregt. Sie scheint im Durchschnitt in etwa 5% der Fälle vorhanden zu sein, und zwar fast immer als sekundäre Erkrankung. Die Gefahr für den Organismus durch Weiterverbreitung der Tuberkulose von der Rachenmandel aus schlägt Vf. nicht sehr hoch an. Er weist zum Schlusse noch den Vorwurf der Polypragmasie, des Zuvieloperierens bei diesem Leiden zurück: eine andere Behandlung, als die operative, gibt es nicht, jede konservative Behandlung ist unwirksam und verzögert den Erfolg. (Dieser Behauptung kann Ref. durchaus nicht beistimmen.) Dann zitiert Vf. einen neuerlichen Ausspruch Huchards: „Bevor ich eingesehen habe, eine wie bedenkliche Erkrankung des Kindesalters die adenoiden Vegetationen sind, dachte ich, man operiert zu viel; jetzt sage ich, man operiert nicht genug." — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28, 1904.) Weil.

Ueber subjektive Kakosmie. Von Dr. J. A. Killian.

Die denkbaren Ursachen der subjektiven Kakosmie zerfallen in zwei theoretisch scharf getrennte Reihen, je nachdem der fragliche Sinnesreiz ein adäquater oder ein inadäquater ist. Bei letzteren Fällen kommen Riechstoffe überhaupt nicht in Betracht, sondern pathologische Vorgänge im Zentralorgan oder dem N. olfactorius. Dagegen sind die Fälle der ersten Reihe durch Riechstoffe bedingt, welche entweder in der Nase des Kranken lokalisiert sind oder sich von irgend woher der Exspirationsluft beimischen. Die Erforschung des Ursprungsortes ist aber oft außerordentlich schwierig.

Vf. berichtet über zwei Fälle, in denen es ihm gelang, in ungewöhnlich (bis 2 cm) tiefen Rosenmüller'schen Gruben Ansammlungen von eingedicktem fötiden Sekret nach Art der Tonsillarpfröpfe zu entdecken und durch Auswischen derselben mit entsprechend gekrümmten, watteumwickelten Hakensonden und nachherige Lapisbehandlung die lange bestandene, höchst unangenehme subjektive Kakosmie dauernd zu beseitigen. Im ersten Falle wurde Vf. durch die bestimmte Angabe

Digitized by Google

der Kranken, sie empfinde den — objektiv nicht wahrnehmbaren — Fötor am intensivsten bei Ausatmung durch das linke Nasenloch allein (bei zugehaltenem rechtem Nasenloche) darauf gebracht, in der linken Hälfte des Epipharynx genau nachzusuchen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 39, 1904.) Weil.

b) Herz und Gefäße.

Bemerkung zur überwiegenden nächtlichen Urinausscheidung bei Zirkulationsstörungen. Von Péhu.

Während normalerweise bei Tage ungefähr das Doppelte an Urin entleert wird, als nachts während der Bettruhe, fand sich in zahlreichen Fällen von Herz-, Nieren-, Lungenerkrankungen, auch Abdominalleiden, soweit sie den großen, kleinen oder Pfortaderkreislauf schädigen, nächtliche Polyurie. Die „Nykturie" ist ein Zeichen verminderter Herzkraft und hat eine gewisse diagnostische Bedeutung. — (Lyon médic. Nr. 5, 1903.) E. H.

Beitrag zur Lehre von der kardialen Bradykardie. Von Hermann Silbergleit.

Ein Fall von Arteriosklerose mit wahrscheinlicher Beteiligung der Koronararterien (67 Jahre alt) und eine 42jährige Frau mit Aortenstenose zeigten konstante Bradykardien von 36 Pulsen in der Minute. Daß diese extreme Bradykardie kardial, nicht nervös (Vagus) war, wurde damit bewiesen, daß auf Atropin-Injektionen trotz leicht toxischer Dosen keine wesentliche Beschleunigung eintrat. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 48, H. 1 u. 2.) E. H.

Die syphilitischen Herzaffektionen. Von J. W. Runeberg.

Wie mit der Lehre von der Syphilis des Hirns und Rückenmarkes, geht es jetzt mit der Herzsyphilis. In den Sechzigerjahren hielt man erstere noch für selten und unsicher, heute bildet die Lehre von der Hirn- und Rückenmark-Lues eines der wichtigsten, sichersten und in praktischer Hinsicht bedeutungsvollsten Kapitel der Syphilislehre und inneren Medizin. — Zu den Symptomen einer sklerogummösen Koronararteriitis gehören neben den obligaten gewöhnlich eine nicht distinkte, sogar undulierende Pulswelle von unregelmäßigem Rhythmus und ungleicher Stärke, dumpfe Herztöne, nur ausnahmsweise Herzdilatation oder -Hypertrophie. Charakteristisch ist ferner Mangel einer peripheren, verbreiteten Atheromatose und das Alter unter 50 und 55 Jahren. Ferner ist nach klinischer Erfahrung die sklerogummöse Aortitis mit Aortenklappenfehlern und Aneurysmen sehr häufig. Seltener ist die diffuse gummöse Myokarditis, noch rarer das zirkumskripte Herzmuskelgumma. Es ist selbstverständlich, daß in solchen Fällen eine frühzeitige Diagnose und spezifische Behandlung von Wichtigkeit ist. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1 u. 2, 1903.) E. H.

Die Prognose der Herzarythmie. Von Dr. Eugen Rehfisch.

Die Extrasystole finden wir gewöhnlich bei drei Kategorien von Patienten: 1. bei solchen, die an Arteriosklerose erkrankt sind; 2. bei Herzkranken und 3. bei Nervösen. Letztere liefern ein sehr großes Kontingent an extrasystolischen Pulsen: jede auch schon leichte Gemütsbewegung geht mit Blutdruckschwankungen einher, die an das Herz erhöhte Ansprüche stellen, es in höhere Erregung versetzen und so auf diesem Boden eine Extrasystole auslösen. Immerhin müssen Anhaltspunkte für ausgesprochene Nervosität oder Neurasthenie gegeben sein. — Der echte Pulsus deficiens unterscheidet sich von dem irregulären Puls der Nervösen ganz wesentlich. Letzterer ist charakterisiert durch die sogenannte Gruppenbildung, d. h. durch den Umschlag in der Frequenz, auf einen Puls von 72 in der Minute folgt bald einer mit 96 Schlägen (nie aber ein Multiples der vorigen Pulszahl!). Ferner zeigt sich bekanntlich erhöhte Differenz zwischen den Pulszahlen im In- und Exspirium.

Pulsus deficiens oder regelmäßig intermittierender Puls findet sich außer bei schwerer Myo- und Endokarditis vor allem bei und nach schweren Infektionskrankheiten und ist von ernster Bedeutung. Die Prognose des Pulsus alter-

Digitized by Google

nans endlich ist eine sehr ernste. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20 u. 21, 1903.) E. H.

Ueber unregelmäßige Herztätigkeit auf psychischer Grundlage. Von Dr. Otto Reißner.

Die Schwierigkeit sicherer Diagnose nervöser Arythmien ergibt sich daraus: daß einmal organische Erkrankungen im Anfang oft schwer als solche zu erkennen sind; sich die Aeußerungen einer funktionellen Neurose ganz oder fast ausschließlich auf Herzstörungen beschränken können und unter Umständen, z. B. durch fortwährendes Herzklopfen, Geräusch u. a. m. leicht den Verdacht organischer Erkrankung erwecken. Endlich kombinieren sich manchmal organische Erkrankungen und Neurosen. Daß Extrasystolen auf rein nervöser Basis entstehen können, scheint festgestellt. Auch für die anscheinend reflektorischen Unregelmäßigkeiten im Gefolge von Magen-, Darm- und sonstigen Unterleibsstörungen (wie sie namentlich früher angenommen wurden) sind vielmehr psychische Einflüsse, Nervosität, als Mittelglied anzunehmen. Vf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Auch nach der Lehre vom myogenen Ursprung der Herztätigkeit kommt Unregelmäßigkeit des Pulses durch Nerveneinfluß bei besonders Erregbaren vor.

2. Daß diese Unregelmäßigkeiten auf psychischen Vorgängen beruhen, zeigt sich an ihrem Eintritt und ihrem Verlauf, und kann unter Umständen aus ihrem Verschwinden bei psychischer Beeinflussung erkannt werden.

3. Diese Fälle sind nicht durch eine reizbare Schwäche des Herzmuskels zu erklären.

4. Die Nerveneinflüsse wirken teils auf die Reizerzeugung, teils auf die Erregbarkeit des Herzmuskels (chronotrope und bathmotrope Nerveneinflüsse Engelmanns). — (Zeitschr. f. klin. Med., Band 53.) E. H.

Ueber Phlebitis gonorrhoica. Von Jul. Heller.

Ein 30jähriger Patient mit Urethritis acuta anterior und posterior, Urethrozystitis und Prostatitis fühlte nach Rückgang all der genannten Erscheinungen einen plötzlichen Schmerz in der Wade. Bei der einige Tage später stattfindenden Untersuchung ergibt sich in der Wadenmuskulatur eine harte Geschwulst in der Ausdehnung von 3 : 4 cm und eine zweite schmerzhafte Stelle im rechten Leistenkanal (an welchem einige Monate vorher eine Hernienoperation stattgefunden hatte), die vermöge ihrer Konfiguration und Größe eine Lymphdrüsenentzündung ausschließen ließ. Schon drei Tage später war beträchtliches Oedem vorhanden, so daß eine Phlebitis der Vena saphena minor zweifellos schien, die der Vf. mangels anderer Gründe als gonorrhöischen Ursprungs auffaßt. Die Erscheinungen gingen unter entsprechender Therapie, Hochlagerung des Beines, feuchte Wärme, vorsichtige Applikation von grauer Salbe, zurück.

Den exakten Beweis für den gonorrhöischen Ursprung vermag der Vf. nicht zu führen; eine Gefäßerkrankung luetischen Ursprungs wird trotz vorausgegangener Lues ganz ausgeschlossen, weil diese sechs Jahre nach der Infektion (um diesen Zeitraum würde es sich hier handeln) ganz anders verlaufen. Bloß als geeignet zur Schaffung des Locus minoris resistentiae wird der der Gonorrhöe wenige Wochen vorausgegangenen Hernienoperation gedacht, dabei aber nicht berücksichtigt, daß vielleicht in ihr die Ursache für die Phlebitis liegen könnte. Auf diesem Wege des Ausschließens kommt der Vf. zur gonorrhöischen Genese.

Aus dem in der Literatur vorliegenden, ziemlich spärlichen Material, zumeist französischen Autoren entstammend, sucht der Vf. das klinische Bild der gonorrhöischen Venenentzündung zu konstruieren. Es ist trotz der von ihm hervorgehobenen Einförmigkeit unbestimmt genug, da es in dieser eben nur die Symptome einer Phlebitis im allgemeinen darbietet, lokaler Schmerz und Schwellung, sowie anschließendes Oedem, in der Regel von Fieber begleitet, manchmal auch mit Schüttelfrösten einsetzend. Ziemlich gewöhnliche Begleiterscheinungen sind gleichzeitige Gelenksaffektionen. Der Aus-

Digitized by Google

gang ist meist Genesung, hervorragend befallen wird zumeist das Venengebiet der unteren Extremitäten. Trotz des Wertheim'schen Befundes von Gonokokken in den Kapillaren und präkapillaren Venen an einem exzidierten Stückchen der Blasenschleimhaut bei einem Mädchen mit gonorrhöischer Zystitis glaubt der Vf., daß die Pathogenese der gonorrhöischen Phlebitis nicht auf die anatomische Untersuchung zu basieren sei. Die Diagnose wird sich in erster Linie auf die Erkenntnis der Phlebitis als solcher stützen, während die gonorrhöische Genese eben nur bei gleichzeitig vorhandener Gonorrhöe in Frage kommt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23, 1904.) D.

Ueber eine eigenartige Form rezidivierender, wandernder Phlebitis an den unteren Extremitäten. Von Dozent Dr. A. Buschke.

An Lessers Klinik kam ein 30jähriger Arbeiter zur Beobachtung, der seit einer Reihe von Jahren in gewissen Intervallen an den unteren Extremitäten schmerzhafte knotige Anschwellungen bekam. Die Inspektion ergab an einzelnen Venen der rechten inneren Wadenregion von livid verfärbter Haut überdeckte Knoten; ähnliche, starke, wenig prominente, den Venen folgende 1—4 cm lange, rote und auch livid verfärbte Bildungen sind auch an verschiedenen Stellen der Oberschenkel, sowie an den Fußrücken zu verfolgen. Immer wieder traten neue Attacken von Zyanose, Schmerzen und Knotenbildung im Verlauf von Venen auf. Lokale und allgemeine Maßnahmen hatten keinen Heilerfolg. Die einzelnen Knoten pflegten spontan mit Hinterlassung bräunlichen Pigments rückgängig zu werden. Es ergibt sich hier das Bild einer chronischen, rezidivierenden Phlebitis, ohne nachweisbares ätiologisches Moment. Als wahrscheinlich wird vom Vf. die arthritische Diathese ursächlich in Frage gezogen. Aehnliche Bilder sind nach unserer Erfahrung keine Seltenheiten und rechtfertigen die Mitteilung, nur wenn sie auch in ihrem anatomischen Substrat der Bestimmung zugänglich sind. — (Arch. f. Dermatol., Bd. 72, H. 1.) N.

Zur Kasuistik der allgemeinen Enge des Aortensystems. Von F. Apelt.

17jähriger Metalldreher erkrankt an Atembeschwerden und Husten. Der mittelgroße grazile Patient leicht zyanotisch. Beträchtliches Oedem der in der Ruhelage abhängigen Körperteile. Thorax gut gebaut, linke Seite entschieden vorgewölbt. Pulsation nirgends sichtbar. Atmung tief und gleichmäßig. Lungenbefund bis auf katarrhalisches Rasseln normal. In der Herzgegend fühlt man ausgebreitetes Pulsieren, doch keinen abgrenzbaren Spitzenstoß. Relative Herzdämpfung nach rechts und links verbreitert, über allen Ostien reine Töne, die zweiten Gefäßtöne laut. Puls frequent, irregulär, inäqual und leicht unterdrückbar. Leber vergrößert. Nach einem Monat, in welchem Diuretika erfolgreich waren, Digitalis jedoch stets versagte, Tod im Kollaps. Die klinische Diagnose wurde wegen des Fehlens eines Klappenfehlers, des jugendlichen Alters des Kranken, des eigenartigen Einsetzens der Erkrankung auf angeborene Enge des Aortensystems gestellt.

Die Obduktion ergab starke allgemeine Enge der Aorta und der größeren Arterien, enorme Dilatation des linken, starke des rechten Ventrikels, Hypertrophie des linken Ventrikels. Die Maße des Aortadurchmessers sind am Ursprung 1·9 cm, am Beginn des Arkus 1·7 (normal 3·2), am Anfang der Aorta thoracica descendens 1·1 cm (normal 2·3). Die Gefäßwand dünn, zart. Ebenso die übrigen Gefäße zart und entsprechend eng. — (Mitteil. a. d. Hamburg. Staatskrankenanstalten, IV, Nr. 3.) E. S.

Zwei Fälle von Ductus Acteriosus Botalli persisteus. Von O. Dalsjö.

1. 11jähriges Mädchen mit intensivem systolisch-diastolischen Geräusch, Punctum maxim. im II. linken Interkostalraum mit starkem Frémissement, sowohl am Rücken wie über Karotiden und Subklavien hörbar. II. Pulmonalton sehr laut. Deutliche bandförmige Dämpfung im II. und I. linken Interkostalraum längs des linksseitigen Sternalrandes, bedeutende Herzatrophie, keine Zyanose.

Digitized by Google

2. 17jährige Magd. Hier ist eine Pulmonalstenose schwerer auszuschließen, doch sprechen für den offengebliebenen Duktus das Fehlen der Zyanose, der akzentuierte II. Pulmonalton, die Fortleitung des Geräusches in Karotis und Subklavia.

In beiden Fällen zeigt die Radiographie den charakteristischen Schatten im I. und II. linken Interkostalraume. — (Hygiea 1904.) E. S.

c) Lunge und Pleura.

Ein Fall von primärer Lungenaktinomykose, von der Spitze der linken Lunge ausgehend. Von E. v. Graff.

Als differentialdiagnostisches Zeichen der Lungenaktinomykose namentlich gegenüber der Tuberkulose gilt gewöhnlich das Freibleiben der Lungenspitze. G. beobachtete einen der äußerst seltenen Fälle, wo die primäre Lokalisation in der Spitze gelegen war und weder ein Uebergreifen auf die Thoraxwand noch ein Durchbruch nach außen stattgefunden hatte.

31jährige Frau leidet seit 3—4 Wochen an Fieber und Stechen in der linken Brusthälfte. Husten und Auswurf sehr gering, in letzterem weder Tuberkelbazillen noch andere spezifische Mikroorganismen. Vorne links über dem Thorax verkürzter Schall, über der linken Spitze leises rauhes Atmen und Rasseln. Rechts vorne normaler Befund. Hinten links vollständige Dämpfung. In deren Bereich Bronchialatmen mit spärlichem Rasseln. Rechts über der Spitze hauchendes In- und Exspirium. Stimmfremitus links etwas stärker. Die klinische Diagnose lautete auf Lungentuberkulose und linksseitige Pneumonie und Pleuritis. Die Kranke starb nach 14tägiger Beobachtung.

Bei der Obduktion fand sich linksseitiges Pleuraexsudat. Die linke Lunge in den oberen Partien mit der Pleura costalis verwachsen. In diesen namentlich an dem hinteren Lungenrande außerordentlich dicken weißlichen Schwarten bis erbsengroße Herde, welche bröckliges Material enthalten und durch Fistelgänge miteinander zusammenhängen. An der komprimierten linken Lunge ist der ganze Oberlappen in eine derbe zähe homogene Masse umgewandelt, besonders intensiv in der Spitze, wo in den weißen Schwielen ähnliche Herde wie in den Pleuraschwarten liegen. Die auf Aktinomykose lautende anatomische Diagnose wurde durch den mikroskopischen Befund bestätigt. — (Zeitschr. f. Heilk., Bd. 25, H. 7.) E. S.

Pleuraergüsse bei Herzkranken. Von Josef Esser.

Es wird gewöhnlich gelehrt, daß ein einseitiger Pleuraerguß nicht leicht auf einer allgemeinen Ursache, z. B. Zirkulationsstörung, beruht, daher eher als Exsudat anzusprechen ist, denn als Transsudat. — Hier wird über drei Fälle rechtsseitiger oder rechtsseitig überwiegender, transsudativer Brustfellergüsse bei chronischen Herzmuskelentartungen (eine mit Endokardbeteiligung) samt Sektionsbefunden berichtet. Das Punctum minoris resistentiae für die Störung der Lymphzirkulation bestand (neben der allgemeinen Stauung) in beträchtlicher Vergrößerung der rechten Lungenhilus-, Mediastinal- und Bronchialdrüsen und Induration derselben. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 44, 1903.) E. H.

d) Magen und Darm.

Eine epidemische Darmerkrankung bei Neugeborenen. Von v. Rosthorn.

Eine förmlich epidemischen Charakter gewinnende Form von Darmerkrankung bei neugeborenen Kindern ließ sich an der Heidelberger geburtshilflichen Klinik beobachten, und zwar bei Brustkindern. Die häufige Kombination mit Affektionen der Haut und der hartnäckige Charakter derselben, der trotz unsäglicher Mühe in der Pflege und selbst nach Desinfektion der Räume nicht weichen wollte, ließ einen infektiösen Ursprung erkennen. Die konsequent durchgeführte bakteriologische Untersuchung des Stuhles und das regelmäßige Kulturergebnis ließ eine Staphylomykose vermuten, die die Störungen herbeigeführt haben dürfte. Zum Schlusse wird auf gewisse Analogien zwischen den Zeitperioden, in denen Puerperalfieber-Epidemien aufzutreten pflegen, und den

Digitized by Google

hier beobachteten, die besonders auf Ueberfüllung und schlechte Lüftung der Räume zurückgeführt werden müssen, hingewiesen. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 10, pag. 427.) Nrth.

Ueber das Vorkommen von langen, fadenförmigen (Boas-Oppler) Bazillen in Blutgerinnseln des Mageninhaltes und deren Bedeutung für die Frühdiagnose des Magenkarzinoms. Von Dr. S. Heichelheim. (Aus der med. Klinik zu Gießen.)

Die langen, fadenförmigen Bazillen können am leichtesten in den dem Mageninhalt beigemischten dunkelbräunlichen Blutgerinnseln gefunden werden. Der Nachweis solcher aus dem Magen stammender Gerinnsel mit sehr zahlreichen oder sogar massenhaften Bazillen in dem nach Probefrühstück ausgeheberten Mageninhalt, bei dem die freie Salzsäure fehlt, spricht mit sehr großer Wahrscheinlichkeit für Karzinom, der Nachweis nur vereinzelter Bazillen in Gerinnseln bestärkt unter gewissen Umständen wesentlich die Vermutung eines Magenkrebses. Im gleichen Sinne läßt sich auch der wiederholte Befund von Blutgerinnseln im Mageninhalt mit hohen Werten von freier Salzsäure anwenden, nur muß man bei dem Nachweis sehr weniger Bazillen vorsichtig sein und wiederholt untersuchen. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 53, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Colica intestini coeci, ein wohlcharakterisierter, selbständig auftretender Symptomenkomplex. Von Dr. A. Christomanos.

Dieser Zustand ist in mancher Hinsicht der Colica processus vermiformis ähnlich, läßt sich jedoch durch einzelne scharfe Unterschiede gut von derselben abgrenzen. Es handelt sich durchwegs um schmächtige, etwas blasse Individuen mit Atonie der Magen-Darmmuskulatur. Die Anfälle werden fast immer durch bestimmte Speisen verursacht, aber auch ein unvorsichtiger, sehr kalter Trunk kann einen Anfall auslösen. Meist sind es jedoch schwer verdauliche und gasbildende Gemüsearten. Zwei, auch mehr Stunden nach der Schädlichkeit entstehen leichte Schmerzen im Leibe, von unbestimmter Lokalisation und geringer Dauer, die sich in Zeiträumen von 5—10 Minuten wiederholen. Dann werden die Schmerzen stärker, beschränken sich fast ausschließlich auf die Blinddarmgegend, dauern länger — die Pausen werden kürzer — und erreichen paroxysmale Höhe. Das Gesicht wird blaß, die Hände kalt, der Leib eingezogen, auf Druck wenig empfindlich, ja manchmal wird sogar der Druck angenehm empfunden. Stuhlgang erfolgt dabei 1—2mal, von normaler Beschaffenheit. Unter kontinuierlichen Schmerzen tritt Erbrechen auf, anfangs von Mageninhalt, später von gallig gefärbtem Schleim. In diesem Stadium fühlt man in der Gegend des Cökums einen länglichen, fingerdicken, fast senkrecht herablaufenden Strang, der auf Druck etwas empfindlich ist.

Nach 8—12stündiger Dauer läßt der Anfall plötzlich in seiner Intensität nach und die Schmerzempfindung verliert sich nicht selten unter Abgang von Gasen vollkommen. Darauf verfallen die Kranken gewöhnlich in einen tiefen Schlaf, aus dem sie völlig gesund erwachen. Die Blinddarmgegend bleibt noch auf Druck ziemlich stark empfindlich, doch ist der Strang nicht mehr zu tasten.

Vf. faßt diese Anfälle als heftige tetanische Kontraktion des Blinddarmes auf, welcher in diesem Zustand den geschilderten empfindlichen Strang darstellt.

Die Differentialdiagnose gegenüber der Colica appendicularis beruht nach Vf. auf der Verschiedenheit der Aetiologie, auf dem Fehlen der Entzündungserscheinungen trotz wiederholter Anfälle, auf der typischen, nach dem Anfalle verschwindenden, strangförmigen Geschwulst. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 54, H. 3 u. 4.)

E. S.

e) Leber.

Diagnose und Behandlung der Gallensteinerkrankungen. Von Dr. J. Decker in München.

In einem für den Praktiker bestimmten Vortrage bespricht Vf. die Pathologie, Diagnose und Behandlung der Gallensteinerkrankungen.

Digitized by Google

Während früher die Ansicht vorherrschte, daß die Ursache einer Gallensteinkolik in dem mechanischen Reiz zu suchen ist, den der Durchschnitt eines mehr oder weniger großen Steines auf die Wandung der Gallengänge ausübte, wissen wir heute, daß nicht bloß im Zystikus, sondern auch im Choledochus und Hepatikus Steine liegen können, ohne daß sie auf ihrer Wanderung dorthin auch nur die geringsten Beschwerden zu verursachen brauchen, und umgekehrt, daß die heftigsten Koliken sich einstellen können, ohne daß ein im Fundus der Gallenblase befindlicher Stein sich von seiner Stelle bewegt hat. In der Entzündung der Schleimhaut der Gallenblase, resp. der Gallengänge, ist fast ausnahmslos das treibende Agens für die Auslösung des Kolikanfalles zu suchen und nur in den seltensten Fällen in einem mechanischen Verschluß des Zystikus durch einen Stein ohne vorausgegangene Entzündung.

Zur Diagnosestellung genügt aber die Kenntnis der Tatsache, daß die Entzündung der Gallenblasenschleimhaut fast ausnahmslos die Ursache der Kolikanfälle ist, nicht und darf man sich mit der allgemeinen Diagnose „Gallensteinkolik" durchaus nicht begnügen, es muß vielmehr festgestellt werden, welche pathologisch-anatomischen Veränderungen im gegebenen Falle vorliegen.

Schon die Anamnese muß uns einen gewissen Fingerzeig geben, in welcher Richtung sich die Diagnose zu bewegen hat. In dieser Beziehung ist es wichtig — wenn auch oft sehr schwierig — den Charakter der Schmerzen genau festzustellen, insbesondere auch mit Rücksicht auf das differentialdiagnostisch am meisten in Betracht kommende Ulcus ventriculi. Von weiterer anamnestischer Wichtigkeit ist das Auftreten von Ikterus. Wenn auch das Nichtauftreten desselben die Diagnose „Cholelithiasis" nicht ausschließen darf, so gewinnt man durch das Vorhandensein des Ikterus bei früheren Anfällen einen wichtigen Anhaltspunkt dafür, daß sich der Prozeß in der Leber abspielt. Der Ikterus entsteht aber nicht bloß durch Inkarzeration von Steinen, sondern es gibt auch (nach Riegel) einen entzündlichen Ikterus, der dadurch zustande kommt, daß bei Cholezystitis calculosa die Entzündung auf die intrahepatischen Gallengänge sich fortpflanzt. Die durch die Anamnese wahrscheinlich gemachte Diagnose kann natürlich nur durch die objektive Untersuchung verifiziert werden. Kommt man mittels des Kehr'schen Handgriffes am äußeren Rande des Musc. rectus dexter auf eine gewöhnlich scharf lokalisierte schmerzhafte Stelle, während im übrigen Verlauf des Leberrandes eine Schmerzhaftigkeit nicht vorhanden ist, dann darf man sicher sein, daß es sich um die entzündete Gallenblase handelt. Außer der Schmerzhaftigkeit der Gallenblasengegend ist festzustellen, ob die Leber vergrößert ist oder nicht. Bei Cholangitis und chronischem Choledochusverschluß ist Lebervergrößerung gewöhnlich vorhanden.

Es ist ferner von Wichtigkeit, zu bestimmen, ob sich der Stein in der Gallenblase, im Zystikus oder im Choledochus befindet, ob ein Kolikanfall mit Steinabgang endet oder nicht, und welche Komplikationen vorhanden sind. Hiefür mögen folgende Anhaltspunkte gelten:

Liegen die Steine in der normalen oder nur wenig veränderten Gallenblase, so äußert sich dies in geringfügigen Magenbeschwerden und in Druckempfindlichkeit der Gallenblasengegend.

Durch Hinzutreten von Infektionserregern kann sich dieses Anfangsstadium der Gallenblasenreizung, resp. Gallenblasenentzündung zur akuten Cholezystitis entwickeln, bei der eine Transsudation in die Gallenblase stattfindet. Bei dieser Form der Entzündung sind drei Möglichkeiten vorhanden: entweder der Stein bleibt in der Gallenblase liegen oder er gerät ins Wandern und gelangt ins Duodenum, oder er bleibt in den Gallengängen stecken.

Die akute Cholezystitis, bei der der Stein in der Gallenblase liegen bleibt, setzt unter den schweren Erscheinungen des Gallensteinkolikanfalles ein. Der Anfall kann mehrere Stunden, aber auch mehrere Tage dauern. Diese Anfälle nennt man die „erfolglosen" Anfälle, im Gegensatz zu den „erfolgreichen" Riedels, bei denen die Steine aus der Gallenblase ausgetrieben werden und in den Darm gelangen. Be-

Digitized by Google

steht gleichzeitig Cholangitis, so ist die Leber geschwollen.

Der akute Choledochusverschluß geht mit heftigen Koliken, starkem Ikterus und Erbrechen einher; die Leber ist dabei geschwollen, der Stuhl acholisch. Gelangt der Stein in den Darm, so lassen die heftigen Inkarzerationserscheinungen nach. Bleibt aber der Stein im Choledochus liegen, dann kommt es zum chronischen Choledochusverschluß, bei dem die Kolikanfälle in der Intensität, wie beim akuten, fehlen und der Ikterus ebenfalls in seiner Intensität wechselt.

Als weitere Komplikationen, die der Diagnose im allgemeinen keine großen Schwierigkeiten bereiten, sind der Hydrops und das Empyem der Gallenblase anzuführen. Beim Hydrops fühlt sich die Gallenblase als ein großer glatter Tumor an, der sich mit der Leber bei der Inspiration verschiebt und nur geringe Beschwerden macht. Das Empyem tritt unter sehr heftigen Schmerzattacken auf, meistens mit hohem Fieber und Schüttelfrost.

Ist nun die spezielle Gallensteindiagnose gestellt, dann handelt es sich für die Behandlung um die wichtige Frage, ob sie eine konservative oder operative sein soll. Nach Vf. erfordern operative Behandlung:

1. das Empyem der Gallenblase;
2. die eitrige Cholangitis und der Leberabszeß;
3. die durch Verwachsungen der Gallenblase mit den Nachbarorganen hervorgerufenen Komplikationen;
4. der chronische Choledochusverschluß;
5. die sogenannten „erfolglosen" Anfälle, wenn dieselben immer häufiger sich einstellen und das Allgemeinbefinden immer mehr in Mitleidenschaft ziehen.

Nicht absolut, wenn auch häufig indiziert ist die Operation:

1. bei Perforationsprozessen an den Gallenwegen;
2. bei Hydrops der Gallenblase;
3. bei akuter Cholezystitis schwereren Grades.

Interne Behandlung erfordern:

1. akute Cholezystitis leichteren Grades;
2. die sogenannten „erfolgreichen" Anfälle, bei denen bei jeder Kolik Steine abgehen;
3. akuter Choledochusverschluß.

Die interne Behandlung erstrebt das akute Stadium in das Stadium der Latenz überzuführen. Dies wird oft auch in schwereren Fällen durch eine Karlsbader Kur erreicht. Es genügt aber nicht, dem Patienten 1—2 Glas Karlsbader Wasser ohne bestimmte Angabe der Temperatur zu verordnen. Vielmehr muß man, um eine energische Wirkung zu erzielen, täglich zwischen 6 und 8 Gläser, in Zwischenräumen verteilt, trinken lassen, und zwar in der entsprechenden Temperatur der Karlsbader Quellen, von denen der Mühlbrunnen 39·7° R. und der Sprudel 58·9° R. hat.

Vf. pflegt in folgender Weise vorzugehen: Patient erhält morgens nüchtern drei Glas heißes Karlsbader Wasser, schluckweise zu trinken. Hierauf Zimmergymnastik und speziell 30 bis 50 Tiefathmungen. Hierauf Darmentleerung mittels hoher und warmer Wassereinläufe. Dann Frühstück, und zwar Milch, Brot, Butter, zwei Eier oder kaltes Fleisch. Nach dem Frühstück geht Patient ins Bett und erhält auf die Lebergegend für die Dauer von 2—3 Stunden Wärmeapplikationen; nachher ein Vollbad von 34° R. Nach dem Bad ein zweites Frühstück, bestehend aus Brot, Butter und kaltem Fleisch. Zirka $^3/_4$ Stunden vor dem Mittagessen erhält Patient wieder 1—2 Glas Karlsbader Wasser, ebenso vor dem Abendessen. Nachmittags wieder Wärmeapplikation. Bei dieser Behandlung hat Vf. außerordentlich gute Erfolge aufzuweisen.

Ein besonderes Gewicht legt Vf. noch auf die mechanisch-gymnastischen Maßnahmen, die geeignet sind, die Stauung in der Leber, resp. den Gallengängen zu beseitigen. Als solche sind anzuführen:

1. Sport, und zwar Reiten, Rudern, Schwimmen, Lawn-Tennis, Bergsteigen.
2. Zimmergymnastik und schwedische Heilgymnastik.
3. Zweckmäßige Kleidung: Beseitigung des Einschnürens in der Taille durch Kor-

Digitized by Google

sett und Rockbänder. (Vide Ref. in H. 10 d. Zeitschr.) — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 39, 1904.) Laub.

Zwei Fälle von familiärem chronischen Ikterus mit Splenomegalie. Von Jakob Hortat uud Sabaréanu.

Ein 52jähriger Mann, welcher wegen gichtischer Arthropathien in Spitalsbehandlung kommt, zeigt schweren Ikterus der Haut, der Konjunktiven der Schleimhäute. Die Leber überragt um Handbreite den Rippenbogen, die Milz reicht bis zum Darmbeinkamm. Die Stühle sind von normaler Farbe, das Blutserum, deutlich gelb gefärbt, gibt chemische und spektroskopische Reaktion von Gallenfarbstoff. Der Harn ist nicht ikterisch, doch zeitweise dunkel, seine Tagesmenge durchschnittlich $2^1/_2$ l, kein Eiweiß, kein Zucker. Die Untersuchung auf Gallenfarbstoff fällt stets negativ aus, manchmal erscheint etwas Urobilin. Im profusen Schweiß nach Aspirineinnahme fällt die Gmelinsche Probe positiv aus. Der Ikterus besteht von frühester Kindheit an, wahrscheinlich seit Geburt, und nimmt schubweise zu oder ab. Im Winter ist er stärker als im Sommer und wird durch nervöse Erregungen gesteigert. Eltern und Geschwister sind gesund. Der Kranke hat zwei Töchter und zwei Söhne, von denen drei völlig gesund, der vierte jedoch, ein 23jähriger Mann, seit seiner Geburt ikterisch ist. Dessen Leber ist nicht vergrößert, dagegen reicht die harte Milz bis drei Querfinger unter den Nabel. Blutserum und Harn verhalten sich genau so wie beim Vater. Auch die Exazerbationen und Remissionen finden sich hier wieder. Sonstige Gesundheitsstörungen fehlen bei beiden Kranken vollkommen. Die beiden Fälle gehören also zu den so äußerst seltenen Fällen des kongenitalen familiären Ikterus, von welchen bis jetzt bloß die Beobachtungen von Gilbert und Castaigne (ein Vater mit zwei Söhnen) und Murchison (zwei Brüder) vorliegen. Bemerkenswert ist, daß auch die beiden Kranken Murchisons an Gichtanfällen litten. Die Pathologie des Leidens ist noch vollkommen dunkel. — (Revue de Médécine, Bd. 24, 1904.) E. S.

f) Blut.

Untersuchungen über die Jodreaktion des Blutes und der hämatopoetischen Organe. Von A. Hirschberg.

Vf. weist durch eine neue Methodik — Einwirkung von Joddämpfen auf das Blut in der feuchten Kammer — nach, daß Glykogen sowohl extrazellulär als in intrazellulärer zirkumskripter Körnelung in jedem normalen, tierischen und menschlichen Blute nachweisbar sei. Die größte Zahl der glykogenhältigen Leukozyten ist multinukleär. In den Blutplättchen läßt es sich immer nachweisen. Auch in den Leukozyten der Milz und des Knochenmarkes gesunder Tiere ist Glykogen reichlich anzutreffen. Die Jodreaktion kann demnach nicht mehr die ihr zugeschriebene diagnostische Bedeutung für Eiterungen und Infektionen beanspruchen. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 54, H. 3 u. 4.) E. S.

Ueber die Zählung der Blutplättchen im Blute des Menschen und ihr Verhalten bei pathologischen Zuständen. Von Dr. E. Helber.

Vf. zählt die Plättchen in einer nur 0·2 mm hohen Zeiß'schen Kammer, unter einem bloß 0·1 mm dicken Deckglase, so daß die Plättchen sich sämtlich zu Boden senken und stärkere Objektive zur Anwendung kommen können. Als Mischflüssigkeit dient eine 10%ige Natriummetaphosphatlösung; verdünnt wird im Verhältnis 1 : 31. Die Plättchen sind zwischen den Erythrozyten kar zu erkennen und zu zählen.

Im Blute der gesunden Menschen beträgt der Mittelwert 228.000 (192.000 bis 264.000). Bei einfacher Anämie ist die Zahl der Plättchen vermehrt (380.000 bis 510.000). Bei schwereren Anämien mit mäßiger Poikilozytose schwanken die Zahlen zwischen 357.000 bis 426.000. Zwei Fälle von schwerer Anämie mit starken Veränderungen an den Blutscheiben zeigten Verminderung (91.000, 177.000). Bei Chlorose und Pseudoleukämie fand Vf. normale Zahlen. Bei einem Falle von Purpura haemorrhagica waren die gefundenen Zahlen 40.000, 60.000, 180.000. Entsprechend der Plättchenzahl war auch die

Digitized by Google

Gerinnungszeit des Blutes verschieden (9, 7, 4 Minuten). Bei leichter Tuberkulose fand Vf. normale Zahlen, in mittelschweren deutliche Vermehrungen (270.000 bis 420.000), in einem Falle von allgemeiner Miliartuberkulose 610.000, welche Menge vor dem Tode auf 180.000 sank. Auch bei Karzinom des Magens und der Gallenwege war starke Vermehrung vorhanden. Bei eiterigen Erkrankungen verschiedener Natur war die Plättchenzahl stets groß. Im Verlaufe der akuten Infektionskrankheiten wechselt das Verhältnis. Während der Kontinua (Typhus, Pneumonie) sind die Plättchen vermindert, mit der Entfieberung erreichen sie sehr hohe Zahlen, um mit fortschreitender Rekonvaleszenz sich den normalen Zahlen zu nähern. Septische Infektionen gaben sämtlich dauernd hohe Werte (300.000 und darüber). — (Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. 81, H. 3 u. 4.) E. S.

g) Nervensystem.

Ueber hereditäre infantile Tabes. Von Dr. R. Kaufmann in Wien.

Ein zehnjähriger Knabe leidet seit drei Jahren an nächtlicher Enuresis, seit einem Jahre an heftigen, periodisch auftretenden Brechanfällen von 2—3tägiger Dauer. Objektiv fanden sich die Arteriae radiales verdickt, die Pupillen lichtstarr, ihre Konvergenzreaktion sehr träge. Patellarsehnenreflexe vollkommen fehlend. Der Vater des Patienten zeigte ausgesprochene Tabes, leugnete jedoch Lues, Mutter gesund, ebenso die Geschwister des Patienten. Außer Tabes käme hier für die Diagnose noch eine zerebrospinale Lues in Betracht. Die für diese als charakteristisch geltenden Symptome (diffuse Beteiligung des Gehirnes, Oszillieren der Einzelsymptome, etappenweiser Verlauf) fehlen jedoch, so daß die Diagnose Tabes sehr wahrscheinlich erscheint. Wie auch sonst so häufig, finden sich auch hier absolute Pupillenstarre, Fehlen der Ataxie, was die Tabes der Kinder von der der Erwachsenen unterscheidet. Bei Tabes infantilis findet sich relativ häufig die gleiche Erkrankung in der Aszendenz; es dürfte sich dabei um eine ererbte Disposition zu dieser Erkrankung handeln, wozu noch die geerbte Syphilis kommt. Die notwendige Folge dieser doppelten Belastung ist die infantile Tabes (Halban). — (Wien. klin. Rundschau Nr. 35, 1904.) Rosenthal.

Ueber Augensymptome bei Armlähmungen. Von Dozent F. Volhard in Gießen.

In zwei Fällen von schlaffer Armlähmung nach Trauma (Zerrung), ferner bei einem Fall von Armlähmung und Halbseitenläsion nach Stichverletzung des Rückenmarkes, ferner bei einer Lähmung eines Armes auf syringomyelitischer Basis fand sich der Horner'sche Symptomenkomplex, Ptosis, Miosis und Bulbusretraktion auf der Seite der Armlähmung, die Augenbewegungen und Pupillenreaktionen waren erhalten. Es handelt sich hier um eine Lähmung der glatten, vom Halssympathikus versorgten Muskulatur. Bei den beiden traumatischen Plexuslähmungen sprechen die okulo-pupillären Symptome für eine Abreißung der Plexuswurzeln dicht an den Intervertebrallöchern, so daß eine chirurgische Intervention aussichtslos erscheint. In vielen Fällen von Plexuslähmung, bei welchen bisher eine Quetschung der Nervenstämme angenommen wurde, handelt es sich um Abreißung der Wurzeln dicht am Rückenmark, wofür das häufige Auftreten okulopupillärer Symptome spricht. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37, 1904.) Rosenthal.

Wirbelerkrankung bei Tabes dorsalis. Von Dr. K. Frank in Wien.

Ein 55jähriger Patient, der Lues negiert, leidet seit $1^1/_2$ Jahren an lanzinierenden Schmerzen, Parästhesien, Blasenstörungen, unsicherem Gange, passagerem Doppelsehen, mäßiger Abmagerung, Patient bewahrte eine gebeugte Haltung, die Pupillen waren miotisch, lichtstarr, die Sehnenreflexe der unteren Extremitäten fehlten. Objektiv keine Ataxie, keine Sensibilitätsstörung. An der Grenze zwischen Brust- und Lendenwirbelsäule ausgesprochene bogenförmige Kyphose, neben dem III. Lendenwirbel war eine knochenharte Masse palpabel. Die Wirbelsäule war nicht steif, weder spontan noch auf Druck

Digitized by Google

schmerzhaft. Radiographisch zeigten sich die Konturen des II. und III. Lendenwirbels verschwommen, ihr Schatten dunkel, ferner fand sich eine knöcherne Exostose an ihrer linken Seite. Es handelte sich hier um eine Osteoarthropathie der Lendenwirbelsäule tabischer Natur. Die vollkommene Schmerzlosigkeit, sowie die Anamnese und der übrige Befund lassen andere Wirbelerkrankungen ausschließen. Therapeutisch ist eine orthopädische Therapie (Korsett) am Platze. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 34, 1904.)
Rosenthal.

Ueber den Glutealreflex. Von Prof. Bechterew in Petersburg.

Beklopft man bei leicht gebeugtem Knie den großen Trochanter, so tritt Kontraktion der Glutaei und im Anschluß daran Streckbewegung der Beine ein. Der Reflex ist nicht durch sehr große Konstanz ausgezeichnet. Er findet sich vorzugsweise bei Leuten mit lebhaften Sehnenreflexen, gehört jedoch nicht zu den pathologischen Reflexen. Seine Prüfung hat diagnostischen Wert im Falle relativer Ungleichmäßigkeit seiner Ausprägung auf beiden Seiten, dann bei hochgradiger Steigerung, sowie in jenen Fällen vom Fehlen des Reflexes, wenn alle übrigen Reflexe an den unteren Gliedmaßen übermäßig gesteigert erscheinen. Der Glutealreflex entsteht offenbar unter Vermittlung der unteren Lendenwurzeln, er ist von dem Schüllerschen Abduktorenreflex (Kontraktion des Tensor fasciae latae bei Beklopfung des Condylus externus femoris) zu unterscheiden. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 18, 1904.)
Rosenthal.

Amyotrophische Lateralsklerose nach Trauma. Von Dr. O. Giese in Düsseldorf.

Bei einem 36jährigen Maschinisten stellten sich bald nach einem Sturze, der zunächst keine Folgen gehabt hatte, Kraftlosigkeit, Schmerzen und Parästhesien im rechten Arme ein. Bei der Untersuchung — vier Monate nach dem Unfall — fand sich Atrophie der rechten Handmuskeln, Opposition des Daumens aufgehoben, Händedruck rechts sehr schwach, Supination erfolgt mit geringer Kraft. Rechte Hand kalt, zyanotisch, in der Vola Hyperästhesie für alle Qualitäten. Reflexe normal. Keine Ea R, nur herabgesetzte Erregbarkeit der kleinen Handmuskeln. Der sonstige Befund normal. In den nächsten Monaten traten bulbäre Störungen, Parese des rechten Mundfazialis, undeutliche Sprache, Schluckbeschwerden dazu, starke Atrophie der rechten, geringere der linken Arm- und Schultermuskeln nebst Reflexsteigerung, in einzelnen Muskeln partielle Ea R, hingegen waren die sensiblen und trophischen Störungen geschwunden. Die unteren Extremitäten zeigten bloß Reflexsteigerung. Das Trauma dürfte hier, wie in anderen ähnlichen Fällen, nur die Rolle einer auslösenden Veranlassung bei einer schon vorhandenen Veranlagung gespielt haben. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37, 1904.) Rosenthal.

Zur Diagnose und Therapie der Tabes. Von E. Coester.

Das Wesen der vorliegenden Publikation gipfelt hauptsächlich darin, daß die Diagnose der Tabes in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle viel zu spät gestellt werde und daß es in bezug auf therapeutische Erfolge von außerordentlicher Wichtigkeit wäre, dieselbe so früh als möglich zu stellen. Hiezu sei es keineswegs notwendig, die bereits bekannten Frühsymptome der Tabes um neue Zeichen zu bereichern — das zu tun, ist auch der Autor nicht in der Lage — jedenfalls aber müsse man nicht warten, bis schon Pupillenstarre oder Erlöschen der Reflexe vorhanden sei, um an Tabes zu denken.

In ätiologischer Beziehung gilt dem Vf. der Zusammenhang zwischen Tabes und Lues unbestreitbar und wenn die antiluetische Therapie sich bisnun sonderlicher Erfolge nicht rühmen kann, so sei das einzig und allein eben auf die späte Diagnose zurückzuführen. Von 93 beobachteten Tabesfällen ergaben 77 anamnestisch Lues, doch rechnet der Vf. hier auch fünf weiche Schanker der Lues zu und meint, es werde jetzt wohl allgemein angenommen, daß man auch das Gift des weichen Schankers für die Entstehung der Tabes verantwortlich machen müsse (so allgemein ist diese Annahme denn doch nicht, Ref.). Von den 16 Tabesfällen ohne luetische

Digitized by Google

Anamnese hatten 9 Gonorrhöe durchgemacht. Daß auch schon die Frage des Zusammenhanges zwischen Gonorrhöe und Tabes auf der Tagesordnung steht, erwähnt der Vf., ohne in bezug darauf die gleiche Sicherheit zu zeigen, wie bezüglich des weichen Geschwüres.

Als Frühsymptome gruppiert Vf. in erster Linie die bekannten lanzinierenden Schmerzen, weiter Parästhesien in allen möglichen Nervengebieten; beide seien verdächtig und wenn man daraufhin genau untersuche, ergeben sich auch Veränderungen des normalen Empfindungsvermögens (Hyperästhesie und Hypästhesie, Hyperalgesie und Hypalgesie), oft gesellen sich hiezu auch Störungen des Lagegefühles. Sind die Befunde rechts und links verschieden, so ist das von besonderem Werte. Kopfschmerzen, Schwindel und Ohnmachtsanfälle, Augenmuskellähmungen, Differenzen der Pupillenweite; Störungen im Gebiete des Trigeminus, Kehlkopfkrisen, Stimmbandlähmungen, gastrische und intestinale Krisen, Störungen in der sexuellen Sphäre, Blasenstörungen, schließlich Ataxie, sind als ausgesprochene Symptome nur gestreift.

Bezüglich der Erfolglosigkeit der Therapie ist zunächst darauf hingewiesen, daß das, was an Nervenelementen bereits zerstört ist, gewiß auch nicht durch Merkur restituierbar sei, sicherlich werden die Erfolge bessere werden, je früher die Therapie einsetzen kann. Seine Erfahrungen charakterisiert der Vf. als günstig, doch sind seine Ansprüche bescheiden, er ist damit zufrieden, daß in keinem einzigen Falle eine Verschlimmerung durch die spezifische Behandlung herbeigeführt wurde, in vielen Fällen auch keine wesentliche Besserung, bloß in einzelnen war eine solche sicher zu konstatieren; ein abschließendes Urteil über die antiluetische Therapie sei derzeit nicht möglich. An der Hand einiger näher skizzierter Fälle wird die Möglichkeit und Wichtigkeit der Frühdiagnose, sowie der Erfolg der Therapie beleuchtet. Die ganze Arbeit aber bringt weder in bezug auf die Frühdiagnose, noch in bezug auf die Therapie irgend eine neue Erkenntnis. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27 u. f., 1904.) D.

h) Auge.

Basedow'sche Krankheit und Augensymptome. Von Sattler.

Bekanntlich kommen beim Basedow mehrere Augensymptome vor. Eines der wichtigsten ist die Protrusio bulbi. Die Protrusio bulbi — der Exophthalmus, welcher von den Hauptsymptomen des Basedow in der Regel als letztes zur Entwicklung kommt, ist in der Mehrzahl der Fälle auf beiden Seiten in ziemlich gleichmäßiger Ausbildung vorhanden; wohl aber kommen auch Fälle mit einseitigem, und zwar zumeist rechtsseitigem Exophthalmus zur Beobachtung. Der Grad des Exophthalmus ist verschieden: von einem eben bemerkbaren Glotzen der Augen bis zu dem Grade, daß die Hornhäute auch im Schlafe nicht mehr vollständig bedeckt werden; auch Schwankungen im Grade des Exophthalmus im Verlaufe der Krankheit sind bekannt. Manchmal gelingt es, über den Augen ein mit der Systole verstärktes Geräusch zu auskultieren. Eine weitere Reihe der Augensymptome sind die Lidsymptome:

1. Das zuerst im Jahre 1849 von White Cooper beobachtete, im Jahre 1853 von Demarres beschriebene und im Jahre 1869 von Stellweg genauer studierte, seither als Stellwag'sches Symptom bezeichnete weite Klaffen der Lidspalte, durch stärkere Retraktion des oberen Lides bedingt.

2. Die Seltenheit und Unvollständigkeit des unwillkürlichen Lidschlages bei völlig ungestörtem willkürlichen Lidschlag und Lidschluß. Auch auf dieses Symptom hat zuerst Stellwag, und zwar im Jahre 1869 aufmerksam gemacht. Dieses Symptom ist durch verminderte Sensibilität der Hornhaut bedingt.

3. Der gestörte Konsensus zwischen der Abwärtsbewegung des oberen Lides und der Senkung der Blickebene — das Graefe'sche Symptom — von Albrecht Graefe im Jahre 1864 beschrieben. Läßt man die Blickebene senken, indem man, von der Horizontalebene ausgehend, einen fixierten Gegenstand langsam nach abwärts bewegt, so macht das obere Lid zunächst die Abwärtsbewegungen nicht

Digitized by Google

mit, geht aber dann bei weiterer Senkung ruckweise etwas herab, ohne den tiefen Stand zu erreichen, welcher unter normalen Verhältnissen der Stellung der Hornhaut entsprechen würde.

Nicht selten beobachtet man bei Basedowkranken verminderte Befeuchtung der Hornhaut mit dem subjektiven Gefühl der Trockenheit kombiniert.

Beobachtet wurden ferner Erweiterung der Blutgefäße der Konjunktiva und hartnäckige Konjunktivitiden.

Otto Becker hat Arterienpuls der Netzhautgefäße beschrieben; nach Sattler ist ein eigentlicher Arterienpuls jedoch extrem selten, öfters dagegen ist Venenpuls und Schlängelung der Netzhautvenen.

Pupillen, Sehfunktion, Sehnerv und Gesichtsfeld bieten, von gelegentlichen Komplikationen abgesehen, keine für Basedow charakteristischen Symptome.

Eine mit dem Basedow im Zusammenhang stehende Komplikation sind die verhältnismäßig seltenen Eiterungsprozesse der Hornhaut. Diese Hornhauteiterungen treten gewöhnlich bei den Formen mit schweren Allgemeinerscheinungen auf und bei Personen im vorgerückten Alter.

Im Jahre 1883 hat Möbius auf die beim Basedow zu beobachtende Insuffizienz der Konvergenz — Möbius'sches Symptom — aufmerksam gemacht. Sattler betont ganz richtig, daß man bei der Beurteilung dieses Symptoms sehr vorsichtig sein, vor allem zuerst die Refraktion beider Augen genau kennen und bei der Untersuchung sehr genau vorgehen muß, um Täuschungen nicht zu unterliegen. Sehr selten sind Augenmuskellähmungen, Zittern der Augenlider und Nystagmus. — (Schwarz, Enzyklopädie d. Augenheilk., Lfg. 2.) Dr. Jänner.

i) Haut.

Zur Kenntnis der norwegischen oder krustösen Skabies. Von Prof. Th. de Amicis.

Die Neapler Hautklinik hat im Laufe dieses Jahres einen interessanten Fall dieser immer sporadischer beobachteten Krankheitsform zu behandeln Gelegenheit gehabt. Ein 13jähriges, stark rhachitisches Kind zeigt eine diffuse, den Stamm und die Extremitäten gleichmäßig betreffende Erythrodermie. Die Knie und Ellbogen werden von aufgetürmten Schuppen- und Krustenmassen überkleidet. Die intensivsten Veränderungen sind an die Hand- und Fußrücken gebunden, welche, gleichwie die Finger und Zehen, in weit abstehende Krustenfutterale eingescheidet erscheinen. Das Gesicht, Handteller und Fußsohlen waren frei von Veränderungen.

Die ursprünglich als rupiaforme Psoriasis angesehene Affektion wurde in ihrer Natur erst klargelegt, als auch der Vater des Kindes an der Klinik Hilfe suchte und bei ihm eine vernachlässigte, seit Monaten bestehende Skabies festgestellt werden konnte. Das Kind schlief mit dem Vater im selben Bette. Die leicht abhebbaren, weithin unterminierten Krusten zeigten bei der mikroskopischen Untersuchung (40% Kalilauge) eine reiche Milbenbrut, Eier und Fäzes in buntem Gemenge mit abgestoßenen Hornzellmassen und ausgetretenem Gewebsserum.

Außer diesem Falle hat A. nur noch zwei ähnliche Formen gesehen, einmal unter dem Bilde eines chronischen schuppenden Ekzems mit Schwielenbildung bei einem gleichfalls rhachitischen jungen Mädchen, das nachträglich zur Obduktion kam. Die schwielig entarteten Hautpartien zeigten sich bei der Untersuchung von Unmengen von Krätzmilben durchsetzt, welche die Hornschicht, den Malpighischen Körper und die Basalschicht durchsetzten. Der Papillarkörper wies eine eigenartige Atrophie auf, bedingt durch Kompression seitens der aufgespeicherten kallösen Epidermismassen. Gänge waren nie zu entdecken.

In einem dritten Falle war es zu einer enormen Diffusion und Akumulation der Milbenscharen gekommen, deren Kolonnen keine Stelle der Körperoberfläche verschont ließen und ihre weithin verzweigten Gänge bis auf das Gesicht und die behaarte Kopfhaut ausbreiteten. (Beschrieben von Oro 1892.)

Die Schwierigkeit bei ähnlichen Krank-

Digitized by Google

heitsbildern, die wahre Ursache des Uebels aufzudecken, ist einleuchtend und wird wohl von jedem anerkannt, der sich mit dem Studium der Skabies genauer zu befassen Gelegenheit findet. Daß hiebei stets nur die gewöhnliche Krätzmilbe im Spiele ist, gleichwie bei den gewöhnlichen Skabesformen, hat bekanntlich zuerst Hebra festgestellt, worauf dann auch Boeck auf experimentellem Wege den Nachweis erbrachte. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37, 1904.)

Im Anschluß an diese äußerst interessante Wahrnehmung dürfte es am Platze sein, einiger histologischer Details zu gedenken, die R. Volk in jüngster Zeit an Jadassohns Klinik der neuerlichen Revision unterzog. (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 72, H. 1.) So fand V., daß die Milbengänge häufig von intraepithelialen Bläschen unterschichtet werden, die sich in nichts von jenen papulo-vesikulösen Effloreszenzen unterscheiden, welche gemeiniglich die eruptiven Skabieselemente zu komplettieren pflegen. Hier wie dort handle es sich um Hornschicht- und Retebläschen, welche einer spongoiden Epithelumwandlung die Entstehung verdanken und einen meist serösen, an Leukozyten armen, keimfreien Inhalt aufweisen und derart in nichts von den Elementarformen des Ekzems abweichen.

Für alle Exanthemkomponenten der Skabies, welche nicht dem Kratzen, resp. einer Sekundärinfektion (Pyodermie) ihre Entstehung verdanken, möchte Volk die Milben selbst oder ihre Stoffwechselprodukte verantwortlich machen. Es ist dies eine Behauptung, die selbst dann gewagt erschiene, wenn in fortlaufenden Untersuchungsreihen an hunderten von Einzeleffloreszenzen der untrügliche Gewebsnachweis der Wirkungsäußerung zu erbringen wäre, welcher den Parasiten eigen ist, oder aus ihrer biologischen Betätigung erschlossen werden kann. Wenn aber, wie in den Untersuchungen V.s, die Aehnlichkeit eines solitären Bläschens mit den vesikulösen Gängen die spezifische Natur aller Skabieseffloreszenzen dartun soll, so ist dies eine Beweisführung, die eher dem subjektiven Empfinden als den reellen Gewebsverhältnissen entspricht. Die alltägliche Erfahrung lehrt, daß die Skabies prompt zur Ausheilung gelangt, wenn die milbentötenden Mitteln ausschließlich an jenen Stellen appliziert werden, an welchen die Invasion mit Vorliebe stattzufinden pflegt, und diese decken sich keineswegs mit jenen Regionen, an welchen die ekzematösen Begleiterscheinungen ihren häufigsten Standort haben. Wären die papulo-vesikulösen Veränderungen in allen diesen Gebieten auf die Einwirkung der Milben zu beziehen, so könnte der Prozeß unmöglich eher zum Stillstand gelangen, als auch diese Ausbrüche der spezifischen Beeinflussung unterzogen wurden. (Ref.)

N.

Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie des Erythème induré Bazin. Von Primararzt Dr. Harttung und Dr. A. Alexander.

Seit 1902 sind den Beobachtern vier weitere Fälle dieser spezifischen Erythemart untergekommen, der Hautbefund war meist als akzidentelle Erscheinung im Verlauf anderweitiger Krankheitsprozesse zu vermerken gewesen.

Das klinische und anatomische Verhalten deckte sich in allen Fällen in den weitesten Grenzen. Ueberall bestanden an den Extremitäten die platten und knotenförmigen Einlagerungen in der Haut, die zum Teile so fest der Faszie aufsaßen, daß man sehr leicht zur Auffassung kommen konnte, es handle sich direkt um Geschwülste der Muskeln; wie irrig diese Annahme war, ließ sich durch Probeexzision erhärten. Außerdem waren stets auch von den Knotenformationen abzweigende strangartige Verdickungen zu verfolgen. Im Kolorit zeigten die Bildungen das bekannte hell und lividrote Aussehen. Schmerzen an der Tiefe des Kutangewebes leiten oft die Neoformation einzelner Effloreszenzen ein, die in 2—3 Tagen an Ort und Stelle von einer nachweisbaren Resistenz gefolgt werden. Aus den derberen Stellen gehen dann weiter die persistierenden, sich in ununterbrochenen Schüben wiederholenden Knoten hervor. In H.s Fällen war weder

Digitized by Google

völlige Resorption, noch Zerfall der Knoten zu verfolgen.

Strukturell scheiden sich die Veränderungen in zwei Gruppen. 1. Einmal sind die Charaktere einer Tuberkulose des Unterhautfettgewebes gegeben (verkäste Tuberkel, spezifische Granulation? mit spärlicher Verkäsung), wozu noch rein entzündliche Veränderungen hinzutreten. Tuberkelbazillen konnten nie nachgewiesen werden. Die hämatogene Entstehung wird angenommen. 2. Zwei Fälle verliefen unter dem Bilde einer chronischen, aufs Unterhautfettgewebe lokalisierten Entzündung, wobei sich die Fettzellen selbst als primärer Angriffspunkt der Reizung erweisen. Diese Zellen verfallen der einfachen und der von Flemming beschriebenen Wucheratrophie, während das interlobuläre Bindegewebe mächtig zu wuchern beginnt. Normales und degeneriertes Fettgewebe, das reichlich vermehrte Bindegewebe zusammen bilden dann die harten, klinisch für Tumoren imponierenden Gebilde. Dieses Läsionssubstrat kann mit Tuberkulose nicht identifiziert werden. Trotzdem möchten Vf. für alle Formen in ätiologischer Hinsicht die echt tuberkulöse Natur postulieren und finden Anhaltspunkte für die embolische Entstehung der Gewebsprodukte. Ob die Verschleppung durch lebende oder in ihrer Virulenz abgeschwächte Tuberkelbazillen, durch größere oder geringere Mengen derselben oder durch tote Bazillen zustande kommt und welche Einzelformen den verschiedenen Modalitäten dieser Embolie ihre Entstehung verdanken — sind insgesamt offene Fragen — auf welche uns die Autoren ebensowenig als andere Prüfer eine präzise Antwort zu geben imstande sind. (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 72, H. 2 u. 3.) N.

k) Knochen und Gelenke.

Ueber Gelenksentzündungen im Säuglingsalter und ihre ätiologischen Beziehungen zu späteren Deformitäten. Von Dr. Gustav Drehmann.

Es gibt eine im frühesten Säuglingsalter einsetzende Gelenksentzündung, die oft schon am Ende der zweiten Lebenswoche mit Schwellung und Kontrakturstellung einsetzt und mehrere Wochen andauert. Manchmal kommt es zum Durchbruch nach außen und zur Entleerung eines hellen schleimigen Eiters, worauf baldige Heilung eintritt. In anderen Fällen kann die Krankheit wochen- und monatelang andauern, es kommt nicht zur Eiterung, sondern zum langsamen Nachlassen der entzündlichen Erscheinungen und zur scheinbaren völligen Heilung. Der Sitz der Erkrankung ist oft das Hüftgelenk, ebenso das Knie; Hand und Ellenbogen werden seltener befallen. Von heredosyphilitischen Prozessen läßt sich das Bild, wenn auch nicht immer gleich, von allem durch die Erfolglosigkeit der antisyphilitischen Behandlung abgrenzen. Gegen die gonorrhoische Natur spricht oft das Fehlen der Ophtalmoblenorrhöe; die Verallgemeinerung von Befunden primärer gonorrhöischer Arthritiden (ohne Vulvitis oder Conjunktivitis gon.) ist nicht statthaft.

Bei Säuglingen mit den beschriebenen Gelenksentzündungen bestehen nun oft Darmstörungen, was vielleicht auf eine Infektion mit Bact. coli hinweist.

Daß diese Säuglingsarthritiden noch spätere Folgen haben können, schließt Autor aus selbstbeobachteten Fällen von Hüftgelenksluxationen und Fällen von Coxa vara, in deren Anamnese sich in den ersten Lebenswochen überstandene Gelenksentzündungen finden. Gerade für die einseitige Coxa vara dürfte eine solche ätiologische Basis in Betracht zu ziehen sein. — (Zeitschr. f. orthopädische Chirurgie, Bd. 13, H. 2.) Nrth.

Beitrag zur Kenntnis des angeborenen Schulterblatthochstandes. Von Dr. H. J. Laméris.

Bei einem sechsjährigen Kinde, das stets gesund war, konnte Vf. einen bedeutenden Hochstand des rechten Schulterblattes beobachten. Die Skapula stand höher, als auf der gesunden Seite und war nach außen gedreht; dementsprechend bestand auch eine Einschränkung der Bewegung in der Schulter. Als Ursache für diese Difformität fand Vf. einen derben Strang,

Digitized by Google

der von der medialen Kante der Skapula gegen den Dornfortsatz des IV. Brustwirbels zog und der als der pathologisch veränderte untere Teil des Musculus rhomboides angesehen wurde. Die Fixation der Skapula durch diesen Strang erklärte dann die Einschränkung der Bewegung.

Bei der Operation konnte man die Diagnose bestätigen. Die Exstirpation des Stranges führte eine Besserung der Beweglichkeit und eine Verminderung des Schulterblatthochstandes herbei. Die mikroskopische Untersuchung des Stranges ergab Myositis fibrosa. — (Langenb. Arch., Bd. 73, H. 2.) E.

l) Konstitutionskrankheiten.

Untersuchungen über Azidose. Von Dr. Julius Baer. (Aus der med. Klinik zu Straßburg.)

Vf. kam auf Grund einer umfangreichen Versuchsreihe zu folgenden Resultaten:

1. Ein Hund mit Phloridzinglykosurie zeigt keine Azidose, solange er sich im N-Gleichgewicht befindet. 2. Bei N-Verlust infolge der Glykosurie tritt Azidose auf, trotzdem dem Hund noch ein beträchtlicher Kalorienwert an Fett und Eiweißresten nach Abzug des ausgeschiedenen Zuckers verbleibt. 3. Die Azidose nimmt bei gleichbleibendem Stickstoffzerfall und Zuckerverlust während des Diabetes trotz Fütterung zu. Sie schwindet, sobald sich das Tier im N-Gleichgewicht befindet, im Hunger, sobald kein Zucker mehr ausgeschieden wird. 4. Zucker verhindert, in nicht allzu großer Menge zugeführt, zwar die Azidose, aber nicht vollständig den N-Verlust. 5. Es scheint, daß Eiweißgruppen, die bei der Zuckerbildung aus Eiweiß leicht zerfallen, aber auch schnell wieder restituiert werden, eine spezifische Bedeutung für die Verhinderung der Azidose haben, entweder indem sie die Entstehung der Azetonkörper verhindern oder, was nicht vollständig ausgeschlossen werden kann, nur deren Verbrennung begünstigen. — (Arch. f. exp. Path. u. Pharm., Bd. 51, H. 4, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

m) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Hereditäre Lues in der zweiten Generation. Von C. Boeck.

Der Autor hat bereits in früheren Publikationen dieses Thema betreffende Krankheitsfälle mitgeteilt, die hier neuerdings zusammengefaßt, um eine weitere Beobachtung bereichert, wiedergegeben werden.

I. Fall: Großmutter, Mutter und Enkel wurden an der Universitätsklinik in Christiana behandelt. Die Großmutter im Alter von 18 Jahren mit sekundärer Lues, die Mutter vier Jahre später, damals zwei Monate alt, mit hereditärer Lues und schließlich der Enkel, 29 Jahre später, im Alter von 4—5 Monaten mit Koryza, makulo-papulösem Exanthem, besonders der Extremitäten u. s. w. An der Mutter konnten gleichzeitig mit der Krankheit ihres Kindes die Spuren der hereditären Syphilis (Hutchinson-Zähne und charakteristische Narben um den Mund) nachgewiesen werden, aber keine Spuren einer eventuellen, neuerlichen, sekundären Syphilis. Der Vater des Kindes erwies sich bei der Untersuchung völlig gesund, und es konnte auch anamnestisch über eine derartige Erkrankung nichts erhoben werden; übrigens sei ja heutzutage die Vererbung vom Vater von geringer Bedeutung. Aus der Anamnese der Mütter ergibt sich, daß sie vor ihrer Verheiratung ein gesundes Kind geboren hatte und daß weiters das erste ihrer Ehe entstammende Kind gleichfalls gesund war, bis es im Alter von zwei Jahren an Scharlach starb. Das dritte, zwei Jahre später geborene Kind aber zeigte die oben erwähnten Erscheinungen. Die Möglichkeit, daß die Mutter inzwischen reinfiziert worden wäre, schließt aber der Vf. aus mit dem Hinweis, daß sie dann unbedingt ihren Mann hätte infizieren müssen; gerade aber in diesem „hätte infizieren müssen" liegt die Schwäche der Beweisführung, die umso größer erscheint, als der Geburt des kranken Kindes zwei gesunde Kinder vorausgingen.

II. Fall: Die Großmutter stand im Alter von 19 Jahren mit Lippensklerose in Behandlung, gebar drei Jahre später zunächst ein totes Kind, dann weitere drei, die am

Digitized by Google

Leben blieben; die älteste Tochter, vier Jahre nach der Infektion der Großmutter geboren, kam im Alter von 20 Jahren mit ihrem eigenen ersten Kinde auf die Klinik. Das Kind, damals zehn Monate alt, zeigte das ganze mittlere Gesicht als Sitz einer charakteristischen, bräunlich-gelb pigmentierten Maske und hatte fortwährend an quälender Koryza zu leiden; die Mutter aber zeigte außer den eigentümlichen Narben um den Mund keinerlei Zeichen von Syphilis. Der Vater wurde nicht untersucht.

III. Fall: Die Großmutter stand im Alter von 53 Jahren mit Spätformen von Lues in Behandlung, anamnestisch fehlt jeder Anhaltspunkt; die Mutter kam wenige Wochen später mit ihrem fünf Monate alten Kinde zur Beobachtung, an der Mutter nur Hutchinson-Zähne und Narben um den Mund, an dem Kinde exquisite Zeichen hereditärer Lues, Paronychien an sämtlichen Fingern und Zehen und ein makulo-papulöses Exanthem; auch ein vier Jahre später geborenes Kind zeigte deutliche Erscheinungen hereditärer Lues.

Daß sich bei all diesen Müttern der Einwand der Reinfektion machen lasse, gibt der Vf. selbst zu, meint aber, die vorgenommene Untersuchung, die nie Zeichen rezenter Lues nachwies, sowie auch das Examen schlössen dieselbe aus. Die Möglichkeit, daß ein syphilitischer Vater die Krankheit in virulenter Form auf seine Kinder übertrage, wird, wie erwähnt, zum Teil auch mit dem Hinweis auf die einschlägige Arbeit Matzenauers nicht näher beleuchtet. Daß es sich bei den Kindern zweifellos um hereditäre Lues gehandelt habe — und nicht um akquirierte — gehe aus den Erscheinungen mit Sicherheit hervor. Das Aufflackern der Syphilis nach so langer Zeit habe ja insoweit nichts Befremdendes, als wir ja tertiäre Erscheinungen so häufig nach vielen Jahrzehnten auftreten sehen. — (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 37, 1904.) D.

Besonderer Fall von Processus puerperalis. Von Chiari.

Es handelt sich um eine 28jährige Frau, die bis zu ihrer fünften Geburt vollkommen gesund war. Letztere verlief, so wie die vorausgegangenen vier anderen Geburten, ganz normal und nahm auch das Wochenbett angeblich einen vollständig normalen Verlauf. Am 13. Tag nach der Geburt stand die Wöchnerin auf und ging in die Kirche. Unmittelbar nach der Rückkehr aus letzterer stellte sich Schüttelfrost mit hohem Fieber ein. Am nächsten Tage war die Patientin somnolent, am 17. Tage traten Schmerzen im linken Schultergelenk, am 19. Tage eine exsudative linksseitige Pleuritis auf. Die Untersuchung einer Punktionsprobe ergab Streptokokken. Später stellten sich Schmerzen im linken Ellbogengelenk nebst Symptomen einer Nephritis ein, weiters ein pustulöses Exanthem am Rumpfe und den Extremitäten bei anhaltender Temperatur. Trotz genauester Untersuchung bei der Autopsie, bei der selbst die Lymph- und Blutgefäße exakt präpariert wurden, konnte man keine Veränderung am Genitalapparat nachweisen, so daß man bereits leicht hätte geneigt sein können, den Fall für eine sogenannte kryptogenetische Pyämie zu erklären. Doch ergab die weiter eingehendst fortgesetzte Untersuchung, daß die Eingangspforte für die Infektion doch das Genitale sein mußte, indem man in der Vena iliaca communis eine fast 2 cm lange parietale, aus Streptokokken bestehende Thrombose vorfand. Die unmittelbare Veranlassung zur allgemeinen Infektion war jedenfalls in dem Umstand gelegen, daß sich septische Thrombenmassen abgelöst hatten und in die Blutbahn geschwemmt wurden. Vf. ist der Ansicht, daß vorliegender Fall, abgesehen von dem Interesse für den Praktiker, von ganz eminenter Wichtigkeit für den Gerichtsarzt ist. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 2, 1903.)

Königstein.

Digitized by Google

Neue Arzneimittel.

Quinolin. Ein geschmackloses, öliges, schmieriges, granuliertes Pulver, welches zirka 80% Chininsulfat und 20% Fett enthält und mit Flüssigkeiten mischbar ist. Antifebrinum und Antineuralgikum. Dosis 0·3 alle 3—4 Stunden.

Phenylpropiolsaures Natrium (Höchst) $C_6H_5C{\equiv}CCOONa$. Ein Ersatzmittel für „Hetol". Anwendung findet es nach Bulling in ½—3%iger Lösung zu Inhalationen bei Kehlkopf- und Lungentuberkulose.

Nutrin, ein fast 51% Olivenöl enthaltendes, gezuckertes Fettalbuminat, sehr wohlschmeckend, leicht verdaulich und wird auch in großen Mengen bei dauerndem Gebrauch von Kindern und Erwachsenen gern genommen. Es wird als Stärkungsmittel bei Zuckerkankheit, als gallentreibendes Mittel und als Lebertranersatz gebraucht. (Darsteller J. E. Stroschein.)

Eucainum lacticum. Weißes, nicht hygroskopisches, in Wasser und Alkohol lösliches Pulver vom Schmp. 155°. Es dient als Anästhetikum, und zwar empfiehlt Langgaard in der Augen- und Zahnheilkunde 2—3%ige Lösungen, für Infiltrationsanästhesie 0·12, für regionäre Anästhesie 2—5%, für Nase, Rachen und Ohr 10—15%ige Lösungen. Bei den schwächeren Lösungen ist ein Zusatz von Kochsalz angezeigt, und zwar bei Lösungen unter 1%, 0·8% Kochsalz, bei 1 bis 2%igen Lösungen 0·2% Kochsalz.

Lactagol (Cordes, Hermanni-Hamburg). Ein Nährpräparat aus Pflanzeneiweiß als gelbweißes, staubfeines, geruchloses Pulver von mehlartigem Geschmack. In Wasser, Alkohol und Aether ist es fast unlöslich, fast völlig löslich in verdünnter Natronlauge. Das Präparat enthält Wasser 11·60%, Mineralbestandteile 0·40%, Gesamtphosphorsäure (P_2O_5) 0·13%, Stickstoff 15·51%. Nährpräparat.

Chloretone. Trichlor-Tertiär-Butylalkohol. Hypnotikum, Antiseptikum, lokales Anästhetikum. Weiße krystallinische Substanz von kampferartigem Geruch und Geschmack, gehört in die Reihe der Fettkörper und ist das Reaktionsprodukt von Chloroform und Aceton in Gegenwart eines Alkalis. Chloretone ist leicht löslich in Alkohol, Aether und Chloroform, löslich in flüchtigen und fetten Oelen, schwer löslich in Wasser. Es ist in jeder Form haltbar. Innerlich in Dosen von 0·3—1·3 g (0·2—0·5 g für Kinder) ist es ein schnell wirkendes, schmerzstillendes Sedativum und Hypnotikum ohne Neben- und Nachwirkung. — (Pharm. Post 1904.)

Bücher-Anzeigen.*)

Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Von Prof. Dr. E. Zuckerkandl. V. Heft. Wilhelm Braumüller. Wien 1904.

Mit dem vorliegenden V. Heft ist dieses bedeutende Werk abgeschlossen. Es enthält die Topographie der Bruchpforten und Extremitäten. Die, wo immer es angeht, lebensgroßen Abbildungen sind, was Klarheit, Anschaulichkeit und nicht zuletzt Originalität der Präparate betrifft, kaum mehr zu übertreffen. Daß auch häufige pathologische Veränderungen, besonders solche, die für das Verständnis der normalen Verhältnisse von Wichtigkeit sind (Topographie von Leisten-, Schenkelhernie, Hydrokele etc.) von der Darstellung nicht ausgeschlossen wurden, ist ein Vorteil mehr, besonders für den Chirurgen. Ebenso sind auch Abnormitäten im Verlauf der großen Extremitätengefäße mit Recht berücksichtigt worden. Was der Autor beabsichtigte: „seinem Atlas ein charakteristisches Gepräge dadurch zu geben, daß er neben typischen Abbildungen solche enthalten sollte, welche bislang in unserer Literatur fehlten", diese Absicht ist ihm völlig gelungen. Und es ist ein Werk geworden, das für den Chirurgen ebenso wertvoll ist, wie für den Anatomen, ebenso für den Studenten, wie für den Praktiker. R. H.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

Lexikon der physikalischen Therapie, Diätetik und Krankenpflege. Herausgegeben von Dr. Anton Bum. 1447 Seiten. Wien 1904. Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Das jetzt vollständig vorliegende Lexikon zeichnet sich in zweifacher Hinsicht aus: Vollständigkeit und Kürze; der Ratbedürftige wird darin alles finden, was er sucht, und in solcher Form und Darstellung, daß er mit möglichst geringem Zeitaufwande über den fraglichen Punkt orientiert ist. Die Auswahl der Mitarbeiter — durchgehends Fachmänner von bestem Namen — garantiert dem Leser die richtige und klare Beantwortung seiner Frage. Sehr dankenswert ist die Aufnahme der Krankenpflege in den Stoff des Lexikons — einer Materie, welche leider auf den Kliniken nicht gelehrt wird, die gewöhnlich durch eigene Empirie erst in jahrelanger Tätigkeit erworben wird und doch ein kompliziertes großes Gebiet umfaßt, auf welchem gerade die Tüchtigkeit des Arztes dem Kranken sich am auffälligten erweist. Bei der wachsenden Bedeutung, dem wissenschaftlichen und technischen Aufschwung der Physeotherapie wird das Lexikon gewiß eine erwünschte Ergänzung der Bibliothek des praktischen Arztes werden. Die zahlreichen Illustrationen, der Druck, der relativ billige Preis werden zur Verbreitung des Lexikons wesentlich beitragen.

Emil Schwarz.

Die Muskelerkrankungen. II. Teil. Von Prof. Dr. Heinrich Lorenz. Spezielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Prof. Dr. Nothnagel. XI. III. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1904.

Dieser Teil behandelt die parasitären Muskelerkrankungen, die Geschwülste der Muskulatur, die Muskelatrophien, die Thomsen'sche Krankheit, sowie die Muskeldefekte. Die Gründlichkeit, mit welchem der erste Teil dieses schwierigen Gebietes behandelt wurde, setzt sich hier fort und macht sich in jedem einzelnen Kapitel so deutlich, daß das Gefühl, von einem Forscher belehrt zu werden, welcher sowohl literarisch, wie durch eigene Beobachtungen sein Gebiet in vollkommenster Weise beherrscht, uns niemals verläßt. Und darin ist eben das besondere Verdienst L.s zu sehen, daß er ein Gebiet, welches in den verschiedensten Abschnitten der Pathologie verstreut in vereinzelten Abhandlungen oder nur in Nebenbemerkungen behandelt wurde, zum ersten Male zusammengefaßt und in jeder Hinsicht mit neuem Material und neuen Gedanken bereichert hat. Es ist bei der bisherigen Lage dieses ganzen Gebietes selbstverständlich, daß den anatomischen Veränderungen besondere Aufmerksamkeit zugewendet wurde und dadurch wird L.s Werk nicht nur eine klinische Monographie, sondern ein fest fundiertes Lehrgebäude. Besonders wichtig für den Kliniker, namentlich den praktisch tätigen Arzt, ist das Kapitel über einfache, nicht progressive Muskelatrophie, welches L. mit besonderer Sorgfalt bearbeitet hat. Namentlich die Muskelatrophien nach Gelenksaffektionen, nach Unfallverletzungen, Ueberarbeitung sind hervorzuheben, wo bisher eine Orientierung nur sehr schwer und mühsam möglich war. Bezüglich der progressiven Muskelatrophien hält sich L. zwar an die bis jetzt übliche Einteilung, betrachtet sie aber von dem Standpunkte der Zusammengehörigkeit, sowohl der rein myopathischen als der spinalen und spinalneuritischen Form. Diese Auffassung ermöglicht nicht nur das Verständnis der polymorphen Erscheinung dieses Krankheitsbildes, sondern erklärt uns geradezu das Entstehen der so vielfältigen und besonders getauften „Typen", die bis jetzt eigentlich mehr verwirrend als ordnend gewirkt haben. Besonders schön sind die zahlreichen Abbildungen, die das Werk zieren. Umfangreiche Literaturnachweise machen dasselbe noch mehr zum Ausgangspunkt spezieller Studien brauchbar.

Emil Schwarz.

Die augenärztlichen Operationen. Von Czermak. Heft XIII, XIV und XV. Verlag von Carl Gerolds Sohn. Wien 1904.

Nach einer über fünfjährigen Pause bekommen wir endlich die Fortsetzung und hoffentlich bald auch den Schluß dieses mit großem Fleiße, minutiöser Genauigkeit und kritischer Sichtung des zu bearbeitenden Stoffes durchdachten Werkes, dessen sorgfältige Ausstattung vollständig dem gediegenen Inhalte entspricht. Es werden „Operationen an der Linse" besprochen.

Dr. Jänner.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Ueber Empyroform, ein neues Teerpräparat.

Von Dr. **F. Kornfeld** in Wien.

Dem Teer, welcher bei richtiger Indikationsstellung und vorsichtigem Gebrauche ein in der Dermatologie nahezu unentbehrliches Mittel geworden ist, haften immerhin gewisse Mängel, abgesehen von seinem starken Geruch und der oft unerwarteten Reizwirkung, an, so daß das Suchen nach Ersatzmitteln desselben begreiflich erscheint. Als ein solches präsentiert sich das Empyroform, welches von der Chemischen Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering) in Berlin erzeugt wird und auf seine Wirksamkeit in einer Reihe von Dermatosen geprüft zu werden verdient, nachdem es von maßgebender Seite, nämlich an der Neisser'schen Klinik in Breslau durch B. Sklarek[1]) und an der Prager Klinik von Pick durch A. Kraus[2]) genau studiert und empfohlen worden ist. Weitere Untersuchungen, welche das Präparat als wirksam anerkennen, liegen ferner von L. Mayer (München)[3]) und von Fr. Bering aus der Kieler Poliklinik[4]) vor. Geleitet durch die von den genannten Autoren gemachten Beobachtungen, habe ich mich an eine weitere Prüfung des Präparats in der dermatologischen Praxis gemacht und will im folgenden meine Untersuchungsergebnisse darlegen.

Das Empyroform ist ein Kondensationsprodukt von Formaldehyd und Teer und stellt ein graubraunes, fast geruchloses feines Pulver dar, welches nicht hygroskopisch ist, am leichtesten und bis zu hohen Konzentrationen (bis 25%) in Azeton, ferner in Alkohol, Aether, Chloroform löslich, in Wasser dagegen unlöslich ist. Der schwache, nicht mehr an Teer erinnernde Geruch tritt in Salben, Pasten und Linimenten gänzlich zurück. Vor dem Teer besitzt das Empyroform durch diese letztere Eigenschaft des Geruches und überdies durch die Farbe gewisse Vorzüge. Allen Patienten war das geruchlose, weniger dunkelgefärbte, in Zinkpastenmischung graubraune Präparat weit lieber als der Teer.

Die Anwendung des Empyroforms geschieht am besten in Form von Salben, Pasten oder Linimenten; der Gebrauch des Empyroforms in Pulverform bietet nach unseren Erfahrungen keinerlei Vorteile. Am besten hat sich uns die Mischung von Empyroform mit Vaselin als 5—20%ige Salbe oder mit der Lassar'schen Paste (5—20%), ferner als 50%ige Empyroformpasta, zu gleichen Teilen mit Vaselin vermengt, schließlich in Linimentform (5—15%) oder als die von Sklarek zuerst verwendete Trockenpinselung bewährt, nach der Formel Empyroformi 15·0, Talc. venet., Glycerin. aa 10, Aqu. dest. 20·0 (oder Spirit. vini et aqu. dest. aa 10·0), M. D. S. Pinselung; vor dem Gebrauche gut umzuschütteln.

Es ist erwähnenswert, daß diese Zubereitungen, vielleicht von der 50%igen Paste abgesehen, die leicht nach Teer riecht, den Geruch völlig zurücktreten lassen und daß auch die stärkeren Salben und Linimente (15—20%) an der Haut nicht jene dunkle Färbung wie der Teer, sondern bloß eine dunklere Schattierung hervorrufen.

Dem Empyroform kommt eine hervorragende juckstillende und austrocknende Wirkung zu und es ruft, im Gegensatz

---

[1]) Dr. Bruno Sklarek: Ueber Empyroform, ein trockenes, fast geruchloses Teerpräparat. Therapie d. Gegenw. Juli 1903.

[2]) Dr. Alfred Kraus: Ueber Empyroform, ein neues Teerpräparat. Prag. med. Wochenschr. Nr. 33, 1903.

[3]) Münch. med. Wochenschr. Nr. 30, 1904.

[4]) Therapie d. Gegenw. Juli 1904.

Digitized by Google

zum Teer, keine lokalen Reizungen, wie auch keinerlei Intoxikationserscheinungen hervor. In keinem unserer Fälle kam es zu Diarrhöen oder zur Entleerung eines dunkelgefärbten Urins. Kranke, welche auf Teer mit lokalen oder allgemeinen Reizerscheinungen reagierten, vertrugen Empyroform ganz tadellos.

Das Hauptanwendungsgebiet für das Empyroform bildet das akute und chronische Ekzem. Wir haben zunächst in einer Reihe von chronischen Ekzemen der verschiedensten Lokalisationen und Ausbreitungen, dort, wo sonst Teer indiziert gewesen wäre, das Empyroform versucht. Gemäß den Erfahrungen von Kraus haben wir hiebei von der Anwendung der Lösungen des Empyroforms in Chloroform oder Azeton, die an der Haut zu rasch eintrocknen und Juckreiz erzeugen, so daß die Patienten kratzen und scheuern, gänzlich Umgang genommen, sondern vom Liniment, der Trockenpinselung, oder den Salben Gebrauch gemacht. Der Erfolg dieser Medikation war ein auffallend günstiger. Zunächst wurde das Mittel von allen Kranken sehr gut vertragen und in keinem einzigen Falle stellte sich eine Reizwirkung, ein Aufflammen der Entzündung, oder ein Rückfall in ein akuteres Stadium ein. Geleitet durch diese Erfahrung, erachten wir auch die Anwendung des Empyroforms in weniger torpiden, mehr subakuten Ekzemformen, deren Verlauf in sehr günstiger Weise beeinflußt wurde, für indiziert. An einigen dieser Fälle konnten wir auch die Erfahrung machen, daß Patienten, die sich vorher gegen Teer als absolut intolerant erwiesen hatten, durch den vorherigen Gebrauch von Empyroformliniment, resp. 10 bis 20%iger Salbe, an Teer nachher zu gewöhnen waren und auch diesen ohne irgendwelche Reaktionserscheinungen ganz gut vertrugen.

Bei den chronischen Ekzemen, welche eine beträchtliche Infiltration, Verdickung der Epidermis und des Rete zeigen, äußert das Empyroform seine Wirkung in der Weise, daß sich zunächst die Stase in den Hautgefäßen, die Rötung und Infiltration zurückbildet; gleichzeitig lassen die subjektiven Empfindungen der Kranken, die juckenden, brennenden Schmerzen, das Spannungsgefühl und die mitunter bestehenden Parästhesien nach und es tritt in überraschend schneller Zeit ein Uebergang in völlige Heilung ein, ohne daß dieselbe durch Rückfälle unterbrochen wäre. Es geschieht dies gerade in den sonst ungemein torpiden Ekzemformen, welche den verschiedenartigsten dermato-therapeutischen Maßnahmen, speziell auch der Teerapplikation, den allerheftigsten Widerstand entgegensetzen. Auch in jenen Fällen, in denen an der Haut kaum mehr als eine vermehrte Infiltration und stärkere Abschuppung kenntlich war, wurde durch die Behandlung mit Empyroform ein ganz besonderer Vorteil für das subjektive Befinden der Kranken erzielt, indem der bei solchen ungemein torpiden Ekzemformen oft äußerst starke Juckreiz unmittelbar nach den ersten Bepinselungen mit dem Empyroformliniment oder der Applikation der Salbenmischung förmlich wie mit einem Schlage beseitigt wurde. Dieser wohltätige Effekt, den das Präparat entfaltet, ist gewiß ungemein hoch anzuschlagen und die Patienten rühmten einstimmig diesen großen Vorteil, dessen Richtigkeit auch das Rückgängigwerden selbst der unbedeutendsten lokalen Reizzustände und namentlich der Kratzeffekte erwies. Dieser günstige Erfolg wurde aber auch in Fällen erzielt, bei denen man nach den Erscheinungen stärkerer Rötung und der dem akuten Stadium zum Teile noch zuzurechnenden Exsudation, eine Reaktion oder gar eine Verschlimmerung durch Empyroform hätte befürchten müssen.

Unter der größeren Reihe unserer Beobachtungen mag der folgende Fall als Musterbeispiel für den günstigen Fortgang, welchen die Abheilung unter Empyroformgebrauch nahm, angeführt werden:

Bei einem 37jährigen Reisenden R. P. bestand an beiden Wangen und Schläfen ein stark schuppendes, zum Teile nässendes Ekzem; die Haut der affizierten Teile, mit Ausnahme der Nase, infiltriert, gerötet. An den Wangen und Ohrmuscheln starke Borkenauflagerungen nebst tiefen Rhagaden. Nach Ablösung derselben treten

Digitized by Google

stark nässende Stellen zutage. Auch innerhalb der bartbewachsenen Kinn- und Wangenregion reichlich Schuppen- und Borkenbildung. Am Nacken, Hals und Brust Infiltration und Rötung mit zahlreichen Kratzeffekten. Patient klagt über sehr heftiges Jucken im Bereich der ganzen ergriffenen Hautpartie. — Therapie: 5%iges Empyroform-Vaselin für das Gesicht, Ohren und Hals. Das Empyroform wurde sehr gut vertragen, der Juckreiz augenblicklich behoben und die Erscheinungen an der Haut zeigten deutliche Rückbildung. Nach weiteren drei Tagen der konsequenten Empyroformbehandlung fühlte sich Patient viel wohler, die Borken- und Schuppenbildung im Gesicht, am Halse und an den Ohren beseitigt, nirgends mehr Nässen, die Rhagaden überhäutet, die Haut viel weicher und dünner, die Wangen und Ohren auffallend blaß. Am folgenden Tage zeigte sich an allen erkrankt gewesenen Stellen auf bloßem Hautgrunde bloß eine feine, kleienförmige Schuppung, ohne daß der geringste Juckreiz bestand. Die Haut sonst glatt geschmeidig, der Norm entsprechend.

Dieser in eklatant günstiger Weise verlaufene Fall bietet manches Lehrreiche dar. Zunächst den auffallend raschen Heilungsverlauf, der kaum durch irgend ein anderes Mittel erreicht, geschweige denn hätte übertroffen werden können. Ferner fällt in diesem Falle die eminent jucklindernde Wirkung, die allsogleich nach der ersten Applikation auftrat, in die Augen. Was uns aber am wichtigsten erscheint, ist der Umstand, daß das Empyroform auch auf ausgesprochen akut entzündlichen und nässenden Stellen des Ekzems nicht nur keinerlei störenden Einfluß bekundete, sondern im Gegenteil ungemein rasch Heilung herbeiführte. Es ist somit eine sehr wertvolle Tatsache, daß das Empyroform, entgegen der allgemeinen Scheu vor der Anwendung des Teers im nässenden Stadium des Ekzems, gerade in diesem ganz ohne Bedenken zur Anwendung gelangen darf und sich gerade da als sehr brauchbar und nutzbringend erweist. Hiebei bewährt sich neben der eminent juckstillenden, auch die austrocknende Eigenschaft des Empyroforms.

Wir haben daher weiterhin eine ganze Anzahl nässender Ekzeme an den Händen, den Fingern, Vorderarmen oder im Gesichte in der Weise behandelt, daß wir allsogleich auf die frischen Eruptionen Empyroformtinktur auftragen ließen.

Nicht in einem einzigen Falle ließ der günstige Effekt auf sich warten, ja die Kranken waren in hohem Grade befriedigt von der wohltätigen Wirkung der Austrocknung und Jucklinderung.

Eine äußerst günstige Beeinflussung zeigten nebst den akuten, nässenden Ekzemen in ganz besonderem Maße jene Formen, welche auf Grund einer Seborrhöe zur Entwicklung gelangt waren. Unser erster Fall, der ein ausgedehntes seborrhöisches Ekzem im Gesichte, namentlich um die Nase, an den Ohren, der bartbewachsenen Wangen- und Kinnpartie, zwischen den Augenbrauen und an der Haargrenze aufwies, setzte uns durch den überraschend prompten Erfolg des Empyroformliniments förmlich in Erstaunen. Die Schuppung und Krustenbildung, sowie die entzündliche Rötung wichen binnen wenigen Tagen und machten einer völlig geänderten Beschaffenheit der Haut Platz. Das Gleiche konnten wir an den seborrhöischen Ekzemen an der Kopfhaut oder an den Extremitäten und in einem Falle einer fast über die ganze Hautoberfläche ausgedehnten gleichartigen Affektion erkennen, wo wir von einer 5%igen Salbe Gebrauch machten. Gewiß ist diese überraschend günstige Wirkung der Zusammensetzung des Empyroforms aus dem stark reduzierend wirkenden Teer und dem antiseptischen und desinfizierenden Formalin zuzuschreiben.

Von anderen Hautaffektionen, die wir mit Empyroform behandelt haben, sahen wir vorteilhafte Effekte bei Prurigo, Psoriasis, bei Lichen urticatus.

Bei diesen genannten Affektionen, insbesondere bei Prurigo und Psoriasis, tritt wieder in erster Linie die juckstillende Wirkung des Empyroforms in Erscheinung, gewiß eine bedeutsame Rolle des Mittels, die es gegenüber vielen anderen voraus hat. Speziell in einem Krankheitsfalle, wie es weiterhin die Psoriasis universalis ist, von der wir einen Fall nur

Digitized by Google

kurze Zeit mit Empyroformtinktur behandelten, wird der Kranke selbst der entzündungsbekämpfenden und juckstillenden Wirkung im Vergleiche zu anderen Mitteln so sehr inne, daß er auf die Applikation des neuen Präparats nicht länger verzichten will.

Bei der Psoriasis vulgaris erzielt man durch Empyroform in Liniment- oder Salbenform wohl sehr bald eine Ablösung und Beseitigung der Schuppen, rasches Schwinden des Juckens und Blässerwerden der Effloreszenzen; zu einer völligen Abheilung der Plaques kam es jedoch trotz fortgesetztem Gebrauche nur in einem unserer drei so behandelten Fälle.

Zu betonen ist, daß wir trotz ausgedehnter und große Hautpartien betreffender Auftragung der Empyroformsalben in keinem einzigen Falle eine lokale Reizung, Bläschenbildung oder Teerakne zu verzeichnen haben. Dieser absoluten Reizlosigkeit entspricht das bereits früher hervorgehobene Fehlen jeder toxischen Eigenschaft auf entferntere Organe, namentlich auf die Nieren. Das Wichtigste aber ist, daß es niemals in allen unseren Beobachtungen zu irgendwelcher Verschlimmerung der mit Empyroform angegangenen Dermatosen kam, so daß nicht ein einzigesmal die Therapie ausgesetzt werden mußte, was bekanntlich bei reinem Teer sehr oft, schon wegen Idiosynkrasie der Kranken, der Fall ist.

Schließlich möchte ich noch anfügen, daß ich gelegentlich der Behandlung von Ekzemen bei Kindern, bei denen die besondere Hartnäckigkeit und Resistenz gegenüber zahlreichen milderen Mitteln Teer im torpiden Stadium indiziert erscheinen läßt, Empyroform sich in Salben- und Pastenform in ganz vorzüglicher Weise bewährt hat.

Zusammenfassend darf ich somit das Empyroform als ein wertvolles Therapeutikum für die dermatologische Praxis bezeichnen, insoferne es in hervorragendem Maße juckstillende und austrocknende Eigenschaften entfaltet. Das Präparat besitzt ferner den Vorzug, weder lokale Reizungen, noch allgemeine Intoxikationen hervorzurufen, wie mitunter der reine Teer, so daß es als ein vortreffliches Ersatzmittel des letzteren gelten kann. Vor diesem hat es den Vorzug der nahezu völligen Geruchlosigkeit, der weniger intensiven Farbe und der dadurch bedingten größeren Schonung der Wäsche voraus. Mit Hilfe des Empyroforms gelingt es schließlich, Patienten, welche sonst den Teer absolut nicht vertragen, allmählich an diesen zu gewöhnen und dessen Nutzen in Wirksamkeit treten zu lassen.

(Aus dem Ambulatorium für Hals- und Nasenkranke des Herrn Dozenten Dr. M. Hajek in Wien.)

Epirenan, ein Ersatz für Adrenalin.

Von Dr. **K. M. Menzel**, Assistent an obigem Ambulatorium.

Ein neues Mittel von ausgezeichneter hämostatischer Wirksamkeit! Durch diesen Ruf werden wir aus der Apathie aufgerüttelt, die wohl ein jeder von uns den neuen Erzeugnissen der chemischen Industrie entgegenbringt. — Allerdings haben wir das Adrenalin und sind mit seiner Wirkungsweise im allgemeinen zufrieden, aber es hat gewisse Uebelstände und letzteren soll das neue Mittel abhelfen.

Nun, wenn es wirklich das hält, was es verspricht, so soll es uns willkommen sein. Von diesem Standpunkte aus traten wir an das neue von der betreffenden Fabrik „Epirenan" genannte Präparat heran.

Das Epirenan ist, wie das Adrenalin, die in geringer Menge in der Nebenniere enthaltene chemische Verbindung, welche die Eigenschaft hat, eine lokale Blutleere zu erzeugen. Obgleich diese Substanz gut kristallisiert, ist sie wegen ihrer Zersetzlichkeit schwer rein zu erhalten. Daher ist die elementare Zusammensetzung erst in letzter Zeit einwandfrei festgestellt worden. Das Epirenan ist die analysenreine Substanz $C_9 H_{13} NO_3$, von der die Lösungen ihres salzsauren Salzes in einer Verdünnung 1:1000 in den Handel kommen. Die chemische Reinheit bedingt die erhöhte Haltbarkeit und konstante Wir-

Digitized by Google

kung. (Emil Abderhalden und Peter Bergell. Münch. med. Wochenschr. 1904.)

Wer sich viel mit Operationen an den Schleimhäuten der oberen Luftwege, namentlich der Nase, beschäftigt, der weiß, wie peinlich während der Ausführung derselben auftretende Blutungen sind, wie störend sie auf den prompten Fortgang des chirurgischen Eingriffes wirken und wie nicht selten derselbe gerade wegen der starken Blutung vorübergehend unterbrochen werden muß.

Diese Unzukömmlichkeiten haben zwar nicht vollkommen aufgehört, treten aber doch weit in den Hintergrund, seitdem wir die anämisierende Wirkung des Nebennierenextrakts kennen und seitdem entsprechende Lösungen, welche dieser Extrakt enthält, in den Handel gebracht werden. Namentlich war es das Adrenalin, welches den Wünschen der Laryngologen und Rhinologen nach einem Mittel entgegenkam, das die Blutung während der Operation auf ein Minimum reduziert, eine Art der Blutsparung, nach welcher wir gierig griffen und welche wir in ausgedehntem Maße anwendeten. Wir müssen gestehen, daß das Adrenalin in dieser Hinsicht im allgemeinen uns sehr befriedigte. Nur fanden wir, daß es in einer gewissen Anzahl von Fällen doch versagt, daß es in manchen Fällen die Schleimhaut der Nase reizt, daß nach Applikation desselben Nieskrämpfe und abnorm vermehrte Sekretion auftreten, unangenehme Begleiterscheinungen, welche mehrere Stunden bis 1—2 Tage andauern und mit Vorliebe bei Patienten mit akuten Affektionen der Nasenschleimhaut zustande zu kommen scheinen. Letzterer Umstand mußte natürlich die Anwendung des Adrenalins bei akuten Reizzuständen der Nase, namentlich bei akuter Rhinitis, respektive akuten Nebenhöhlenerkrankungen einschränken. Wir haben in mehreren derartigen Fällen unangenehme Nebenwirkungen, die sich in der vorher angedeuteten Weise äußerten, gesehen. Diese Momente haben uns umsomehr bewogen, dem Epirenan näherzutreten, um dasselbe auf seine Leistungsfähigkeit zu prüfen.

Wenn man mittels eines mit Epirenanlösung getränkten Wattepinsels beispielsweise die Schleimhaut der Nase an einer umschriebenen Stelle betupft, so entsteht hier nach etwa 30 Sekunden ein ebenso umschriebener ganz anämischer gelblichweißer Fleck, der etwa 20—25—30 Minuten bestehen bleibt und dann allmählich wieder schwindet. Bestreicht man die Konvexität einer kongestionierten Nasenmuschel, etwa der unteren, mit einem Epirenan-Wattepinsel, so tritt ebenfalls nach ganz kurzer Zeit, nach 30—40 Sekunden, eine beträchtliche Gefäßkontraktion ein, welche sich im Blaßwerden der Schleimhaut und einer völligen Schrumpfung des Schwellkörpers äußert. Die ursprünglich polsterartige Schleimhaut, die prall elastische Konsistenz aufwies, repräsentiert sich nunmehr bei Betastung mit der Sonde als dünne, unmittelbar dem Knochen aufliegende Membran. Letzteres Phänomen erfolgt ähnlich, nur etwas rascher und, wie es scheint, etwas vollkommener, als wir es nach Anwendung von Kokain zu sehen gewöhnt sind. Macht man in eine derart anämisierte Muschel einen Schnitt mit einem Skalpell, so erfolgt eine nur ganz minimale, kaum nennenswerte Blutung. Das Ergebnis dieser primitiven Versuche zeigt die praktische Verwendbarkeit des Epirenan und war auch die Ursache, weshalb wir dasselbe weiter sowohl bei unseren Operationen in Kombination mit Kokain als auch an Stelle des letzteren zu diagnostischen Zwecken (Schrumpfung des Schwellkörpers) versuchten. Anästhesie wird durch das Epirenan nicht erzeugt, ebensowenig wie durch Adrenalin; wir möchten letzteres besonders betonen, im Gegensatz zu den offenbar auf irrtümlichen Beobachtungen beruhenden Angaben mancher Autoren, welche sich mit der Wirkungsweise des Adrenalin befaßt haben.

Wir verwendeten das Epirenan zu diagnostischen Zwecken, um die tieferen Teile des Naseninnern überblicken zu können, ferner als Blutung verhinderndes (vor den Operationen) und als blutstillendes (nach den Operationen) Mittel. Es wurde entweder pur mittels Watte-

Digitized by Google

pinsels in die Nasenschleimhaut eingerieben, oder, wenn wir gleichzeitig anästhetische Wirkung hervorbringen wollten, zu gleichen Teilen mit 10—20% Kokainlösung gemischt, oder aber, indem wir für intramuköse Injektionen 3—4 Tropfen auf etwa 15 cm³ der Schleich'schen Lösung zusetzten. Wir haben an etwa 50 Patienten [1]) das Epirenan versucht und können gleich jetzt vorwegnehmen, daß wir weder Intoxikationserscheinungen noch sehr unangenehme Nebenwirkungen sahen. Nur trat in einem einen Kollegen betreffenden Fall von akuter Rhinitis eine leichte, im Gegensatz zu der bei Adrenalin-Anwendung zu beobachtenden, nach sechs Stunden vorübergehende Reizwirkung der Schleimhaut auf, die sich als Jucken und Kitzeln in der Nasenhöhle und häufigeres Niesen dokumentierte. Aehnliches war in zwei anderen Fällen, einem von akuter Rhinitis und einem von chronischem Kieferhöhlenempyem, zu konstatieren. Ueber 30 Fälle haben wir genauere Aufzeichnungen gemacht. Darüber will ich nun berichten. Bei 13 von diesen Patienten konnten wegen zu starker Kongestionierung der Muschelschleimhaut die hinteren und oberen Teile des Naseninnern durch die Rhinoscopia anterior nicht untersucht werden. In diesen Fällen gelang es leicht und überraschend schnell, in zirka 30 Sekunden, die Schleimhaut der Muscheln und des Septum blutleer zu machen und so die früher unsichtbar gewesenen Teile des Naseninnern bequem für die Untersuchung sichtbar und zugänglich zu machen. Wie bereits vorher erwähnt, wurde das Epirenan hier als solches — die Mischung mit Kokain erwies sich für diese Zwecke als unnötig — mittels Wattepinsels in die Schleimhaut eingerieben.

Viermal haben wir Hypertrophien des unteren Randes und des hinteren Endes der unteren Muschel in gewissem Sinne gleichzeitig operiert. Wir machten zuerst mit der Schere an der Grenze der epirenanisierten Hypertrophie des unteren Randes der Muschel einen Schnitt und konnten nun bequem, ohne durch Blutung gestört zu werden, als zweiten Akt der Operation die teilweise abgetrennte Partie mit der Schlinge vollständig entfernen. Die Blutung war kaum nennenswert; die Nachblutung scheint eher etwas geringer zu sein, als man mit und ohne Adrenalin-Kokain es zu sehen pflegt.

In einem Falle wurde ein hypertrophisches hinteres Ende einer mittleren Muschel mit Schlinge und Doppelkuretten abgetragen, wobei die Blutung jedenfalls störte und wir uns von der sonst beobachteten styptischen Wirkung des Epirenans nicht überzeugen konnten. Von Wichtigkeit für die Beurteilung des Wertes des Epirenans scheinen folgende Fälle zu sein: Wir haben an fünf Kranken wegen Verkrümmung des Septumknorpels und Knochens die submuköse Resektion der verkrümmten Teile vorgenommen. In drei Fällen wurde die Schleimhaut in einer Ausdehnung von Kreuzer- bis Kronenstückgröße perforiert. Die Verletzung der Septumschleimhaut erzeugt bekanntlich sonst regelmäßig abundante sehr störende Blutungen, welche jedoch in unseren mit Epirenan behandelten Fällen völlig ausblieben; wir wurden nicht im geringsten in der weiteren Ausführung der betreffenden Operationen gehindert. Eben deshalb betrachten wir diese Fälle als orientierend, und es wäre nur noch zu bemerken, daß die Blutung bei allen in Rede stehenden Patienten bis zum Schlusse der Operation gering blieb, trotzdem die Eingriffe 25—40 Minuten dauerten. Auch die Nachblutung war in diesen Fällen mäßig. Die Applikationsweise des Epirenans war folgende: Epirenan und 20% Kokainlösung āā partes aequales wurde in die Schleimhaut beider Seiten eingerieben, bis sie unempfindlich und blaß geworden war; dann wurden Injektionen von Schleich'scher Lösung, welcher 3—4 Tropfen Epirenan zugesetzt waren, zwischen Schleimhaut und Knorpel beiderseits gemacht.

Nicht minder beweisend sind drei Fälle,

[1]) Seit Abschluß der Arbeit ist die Zahl der Fälle, in welchen wir Epirenan sowohl zu diagnostischen als auch zu operativen Zwecken verwendeten, auf mehr als das Dreifache dieser Zahl gewachsen, ohne daß wir unsere Meinung über das Präparat ändern.

Digitized by Google

in welchen in einer Sitzung nach Resektion des vorderen Drittels der unteren Muschel durch die laterale Nasenwand die Kieferhöhle zunächst mittels Krause'schen Troikarts eröffnet, dann die Oeffnung mit dem Hajek'schen Haken und verschiedenen Doppelkuretten bis auf Fingerdicke erweitert wurde, Eingriffe, die 10—15 Minuten in Anspruch nahmen. Die Blutung war ganz gering, so daß man das Operationsfeld bis zum Schlusse deutlich überblicken konnte. Sehr wenig blutete es auch in einem Falle, in welchem Herr Dozent Hajek nach der von ihm angegebenen Methode in einer einzigen Sitzung, die zirka 20 Minuten dauerte, das hintere Ende der mittleren Muschel resezierte, das hintere Siebbeinlabyrinth breit eröffnete und das Ostium der Keilbeinhöhle bis über Kleinfingerdicke erweiterte. Es war also, wie aus den angeführten Daten hervorgeht, die Blutung verhindernde Wirkung des Epirenan eine gute, bis auf den einen oben erwähnten Fall von Resektion des hinteren Endes der mittleren Muschel, in welchem das Präparat versagte. Allerdings darf man nicht außer Acht lassen, daß auch das Adrenalin in einzelnen Fällen sich als wirkungslos erweist, was auch wir nicht selten bestätigt finden konnten und als individuelle Minderempfindlichkeit bei den meisten Heilmitteln angetroffen wird. Eine günstige Wirkung auf die Nachblutung scheint dem Epirenan im allgemeinen ebensowenig zuzukommen wie dem Adrenalin. Man findet bei Anwendung beider recht beträchtliche Nachblutungen, welche hie und da die hintere Tamponade erheischen können.

In zwei Fällen kamen wir auch in die Lage, die blutstillende Wirkung des Epirenans bei Blutungen nach der Tonsillotomie zu erproben. Der erste betraf eine sechs Tage nach der Operation bei einem achtjährigen Kinde aufgetretene parenchymatöse Blutung. Auf wiederholtes Betupfen mit Epirenanwattepinseln stand die Blutung vorübergehend; nach Applikation des Galvanokauters gelang es uns, die Blutung dauernd zu stillen. In unserem zweiten Falle gelang es bei einem elfjährigen Mädchen, das am fünften Tage post operationem aus der Tonsillotomiewunde zu bluten begann, zunächst durch Betupfen mit Epirenanwattepinseln die Blutung auf ein Minimum zu beschränken und dann durch mehrmalige Applikation des Galvanokauters gänzlich zu stillen. Wenn auch nicht so häufig und so intensiv als das Adrenalin, so scheint, wie die oben erwähnten Fälle zeigen, doch auch das Epirenan, namentlich bei schon vorhandenen Reizzuständen der Nasenschleimhaut, dieselben, allerdings nur für kurze Zeit, etwas zu steigern. In mehreren anderen Fällen von akuter Rhinitis erzeugte es keine Steigerung der entzündlichen Reizerscheinungen.

Bei einer Patientin, welche seit mehreren Monaten an „vasomotorischer Rhinitis" mit kontinuierlicher, abundanter, wässeriger Sekretion leidet, gelang es schon nach sechs, in Zwischenräumen von je 1—2 Tagen ausgeführten Pinselungen der Schleimhaut, die Absonderung derart einzuschränken, daß die Anzahl der täglich gebrauchten Taschentücher von vier auf ein halbes, d. i. eines in zwei Tagen sank. Allerdings ist es fraglich, ob es sich in diesem Falle um ein Dauerresultat handelt, nachdem Patientin sich noch in Behandlung befindet. Eine beträchtliche Remission kann jedenfalls konstatiert werden.[2])

In einem zweiten hochgradigen Falle von abundanter, wässeriger, anfallsweise auftretender Sekretion der Nasenschleimhaut — Patientin brauchte im Tage 18 bis 24 Taschentücher — konnte der Anfall durch Epirenanpinselung der Nase jederzeit prompt koupiert werden — hier war die Wirkung eine ganz auffallende.

Zum Schlusse wäre noch zu erwähnen, daß wir das Epirenan auch bei zwei endolaryngealen Operationen verwendeten. In beiden Fällen handelte es sich um Entfernung tuberkulöser Infiltrate, einmal der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand, das anderemal vom linken Taschenbande. Die Blutung war in beiden Fällen eine auffallend geringe, verdeckte daher in keinem Moment das Operationsfeld. Namentlich

[2]) Patientin hat sich unterdessen der weiteren Behandlung entzogen.

Digitized by Google

deutlich zeigte sich im ersten Falle die Wirkung des Epirenans, indem hier bereits einmal an der gleichen Stelle, bloß unter Kokainanästhesie operiert wurde, und sich die, wenn auch nicht bedeutende Blutung, unangenehm bemerkbar machte.

Wenn wir also die sicheren Resultate unserer Versuche mit Epirenan zusammenfassen sollen, so müssen wir sagen, daß es im großen und ganzen dem Adrenalin an gefäßkontrahierender, daher blutverringernder Wirkung gleichzustellen ist, daß es wegen der seltener auftretenden Reizerscheinungen an der Nasenschleimhaut dem Adrenalin sogar in gewissem Sinne überlegen ist und daß das Epirenan verdient, in der Laryngologie und Rhinologie als diagnostisches, sowie als hämostatisches Mittel angewendet zu werden. — Nicht eine seiner schlechtesten Eigenschaften ist es, daß der Erstehungspreis des Epirenans[3]) um mehr als die Hälfte niedriger ist als der des Adrenalins. Epirenan wird denn auch seit etwa einem halben Jahre in unserem Ambulatorium ausschließlich verwendet.

Herrn Dozenten Hajek, welcher mir gestattete, an dem Material seines Ambulatoriums die eben erwähnten Versuche anzustellen, spreche ich meinen besten Dank aus.

[3]) Das Epirenan wird von der chemischen Fabrik vormals Dr. Heinrich Byk, Berlin, erzeugt und wird in Fläschchen von 10 und 20 cm^3 Inhalt gebrauchsfertig abgegeben.

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Ueber eine erfolgreiche Behandlung der Schwindsucht und anderer schwerer Infektionskrankheiten durch ein inneres Desinfektionsmittel. Von Geh. Sanitätsrat Dr. Konr. Küster in Berlin.

Das als Ersatzmittel des Jodoforms schon vor Jahren empfohlene Loretin, welches sich durch den Mangel an Reiz- und Vergiftungserscheinungen, sowie durch seine kräftige, bazillentötende Wirkung auszeichnen soll, war nicht nur nicht imstande, das erstere zu verdrängen, es wurde auch kaum angewandt und geriet bald in Vergessenheit. Erst durch einen Laien sollte es als Griserin wieder zu Ehren kommen. Herr Rich. Griese in Berlin hat bis zu 5 g auf einmal das Mittel genommen und kam zum Ergebnis, daß das Loretin, jetzt Griserin genannt, für den menschlichen Organismus durchaus giftfrei sei. In etwa 12 Stunden ist es im Harne nachweisbar. Für die Krankenbehandlung erscheinen Dosen von 0·20—0·30—0·50 als die geeignetsten.

In der Voraussetzung, daß das Griserin die schädlichen Bazillen im Körper abzutöten imstande sei, veranlaßte Rich. Griese, (!) seine schwindsüchtigen Bekannten, die trotz sorgsamster ärztlicher Behandlung ohne Besserung geblieben waren, das Mittel Wochen und Monate zu nehmen. Die Resultate, die er dabei erzielte, bestimmten den Vf., das Mittel zu prüfen und es überall da anzuwenden, wo Bazillen als Ursache des Leidens vermutet werden konnten.

Zunächst stellte Vf. fest, daß die Wirkung des Griserins eine sehr gleichmäßige und nie ausbleibende ist. Es wird am besten in der Dose von 0·20—0·30 morgens und abends gegeben, größere Dosen verursachen Abführen. Es wird nicht bloß durch den Harn, sondern auch durch die Haut ausgeschieden.

Nach Feststellung dieser Eigenschaften trat Vf. an die Behandlung Schwindsüch-

Digitized by Google

tiger heran. „Eine starke Einwirkung des Griserins bei Schwindsüchtigen ist unverkennbar. Dieselbe stellt sich schon nach wenigen Tagen ein. Vorhandenes Fieber geht bald herunter, vorhandene Nachtschweiße vermindern sich und schwinden bald ganz. Der Appetit stellt sich ein u. s. w."

Auch Krebskranke wurden einer Griserinbehandlung unterzogen. Der Erfolg blieb selbstverständlich nicht aus. Wenn auch der Krebs noch nicht zum Schwinden gebracht werden konnte, ein Weicher- und Kleinerwerden der einzelnen Knoten konnte doch konstatiert werden.

In der Behandlung der Diphtherie ruft das Griserin großartigere und überraschendere Wirkungen hervor, als z. B. das Heilserum. Nach Beobachtungen des Vf.s sind starke diphtherische Beläge mit Griserinpulver bestäubt oder mit demselben abgerieben, binnen kurzer Zeit vollständig verschwunden, und selbstverständlich nahmen Diphtherie und Scharlach, innerlich mit dem Mittel behandelt, schnell einen günstigen Verlauf.

Günstige Erfolge erzielte Vf. noch in einem Fall von Lungenentzündung und bei Behandlung des Kropfes, gar keine bei Gelenksrheumatismus und Diabetes mellitus.

Endlich wäre noch der „überraschenden" Erfolge bei einer Reihe von Hautkrankheiten zu gedenken; es sind dies Ekzem, Psoriasis, Furunkulosis, Lupus, ferner Syphilis etc.

Vf. ist der Ueberzeugung, daß das Griserin ein „stark bazillentötendes Mittel ist, das ungiftig ist und bei seinen unzersetzten Ausscheidungen durch Darm, Urin, Lungen, Schleimhäute, die vielseitigsten günstigsten Wirkungen ausübt, sobald Bazillen die Ursache der Erkrankungen sind". — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43, 1904.) Laub.

Erfahrungen über natürlichen Hundemagensaft nach Pawlow. Von Dr. Franz Rollin in Stettin.

Seit drei Jahren hat Vf. die Wirkung des speziell von der Noorden'schen Klinik so warm empfohlenen Mittels an einer größeren Zahl von Patienten, von denen ein Teil den Magensaft dauernd nimmt, resp. sehr lange Zeit genommen hat, erprobt. Behandelt wurden mit Hundemagensaft nervöse Dyspepsien und subazide und anazide Katarrhe des Magens. Im ganzen erstrecken sich die Erfahrungen des Vf.s auf zwölf Patienten, welche im Laufe der letzten drei Jahre natürlichen Hundemagensaft genommen haben. Alle nahmen durchschnittlich 200 cm^3 pro Tag auf die einzelnen Mahlzeiten, meist zum Mittag- und Abendessen, verteilt.

Aus seinen Erfahrungen glaubt Vf. den Schluß ziehen zu dürfen, daß in der Therapie der Subazidität und der nervösen Dyspepsie der natürliche Hundemagensaft außerordentlich viel mehr leistet als rohe Salzsäure.

Vf. hat das Präparat direkt aus dem Institute Prof. Pawlows in Petersburg bezogen. Der Preis einer 200 g-Flasche stellt sich auf 2·80 Mark. — (Die Therapie d. Gegenw., H. 11, 1904.) Laub.

Zur Hetolbehandlung der Tuberkulose. Von Dr. Oskar Prym. (Aus der med. Universitätsklinik in Greifswald; Direktor: Prof. Dr. Moritz.)

Die vielfachen Nachprüfungen der Landerer'schen Zimtsäurebehandlung der Tuberkulose haben keine untereinander übereinstimmenden Resultate ergeben. Als Beitrag zur Klärung, insonderheit für die Verhältnisse, wie sie in den Krankenhäusern liegen, teilt Vf. die an der Greifswalder Klinik gemachten Beobachtungen mit. Seine Ausführungen gipfeln in folgenden Sätzen: Die Technik der intravenösen Applikation des Mittels ist ohne Schwierigkeit und an sich ungefährlich. Eine potentielle Wirkung des Hetols auf tuberkulöse Prozesse ist zweifellos; doch ist dieselbe keineswegs ausschließlich eine günstige. Nicht ganz selten hat man auch den Eindruck eines schädlichen Einflusses. Es ist daher vor der Anwendung des Mittels zu warnen, wenn für den Patienten nicht die Bedingungen einer sorgfältigen ärztlichen Kontrolle gegeben sind. Ebensowenig eignet sich die Methode zur Anwendung auf Fälle jeglicher Art. Die vom Vf. beobachteten Besserungen beziehen

Digitized by Google

sich alle auf Fälle, die von vornherein leichter gelagert waren. Bei mittelschweren und schweren Fällen konnte auch nicht in einem einzigen eine deutliche Besserung erzielt werden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 44, 1904.)

Laub.

Ueber den Einfluß von Trinkkuren mit Kochsalzwässern auf die sekretorische und motorische Tätigkeit des Magens und über ihre Wirkung bei einigen Erkrankungen desselben. Von Dr. Arthur Meinel. (Aus der inneren Abteilung des Prof. Weintraud in Wiesbaden.)

Zu Versuchszwecken wurde das mit Kohlensäure versetzte Wiesbadener Kochbrunnenwasser verwendet. Die Untersuchungen wurden an Patienten vorgenommen, die wegen Magenstörungen das Krankenhaus aufsuchten. Dieselben erhielten morgens nüchtern 250 cm^3 des zu prüfenden Quellwassers, eine Menge, die dem Inhalt der gewöhnlichen Trinkbecher in Badeorten gleichkommt. Eine halbe Stunde später wurde das Probefrühstück gegeben.

Es zeigte sich, daß bei dieser Versuchsanordnung eine wesentliche Aenderung der Aziditätskurve des während der Verdauung abgesonderten Magensaftes eintritt. Der Höhepunkt der Sekretion wird früher erreicht, als wenn dieselbe Nahrung in nüchternem Zustand genommen wird. Aber der Sekretionsgipfel wird nicht nur früher erreicht, sondern ist auch höher als ohne Gebrauch des Brunnens, so daß tatsächlich eine Mehrleistung der Magenschleimhaut zu konstatieren ist. Im allgemeinen zeigten die Fälle mit verminderter Magensaftsekretion bei anämischen und schwächlichen Personen die deutlichste Reaktion auf das vorher genommene Quellwasser.

Bei Patienten mit chronischer Gastritis und Salzsäuremangel wirkt das Wasser insoferne günstig, als es die lästige Brechneigung (vomitus matutinus) dieser Kranken vermindert und zum Verschwinden bringt, wenn auch eine Wiederkehr der Salzsäure nicht häufig zu beobachten ist. — (Zeitschr. f. Diät. u. physik. Therapie, Bd. 8, H. 6, 1904.) Laub.

Klinische Beobachtungen über Agurin. Von Dr. Karl Heinrichsdorff. (Aus der inneren Abteilung des Prof. E. Stadelmann in Berlin.)

Da die Urteile der Autoren über die Wirkung des Agurins in mancher Hinsicht auseinandergehen, teilt Vf. die auf der Abteilung des Prof. Stadelmann beobachteten Erfolge und Mißerfolge mit Agurin mit.

Es wurden im ganzen 28 Patienten mit Agurin behandelt, die sich in drei größere Gruppen einteilen lassen, einmal die Gruppe der Herzkranken, dann die Gruppe der Nephritiker und endlich die der an lokalem Aszites Leidenden.

In 15 Fällen hatte das Agurin eine ganz einwandfreie Wirkung gehabt; unter den 13 Fällen, in denen eine Wirkung nicht erzielt wurde, sind fünf Fälle von Leberzirrhose, bei denen gar kein Effekt erreicht wurde. Dann gehören hiezu vier Fälle von Nephritis, in denen ebenfalls irgend welcher Erfolg nicht beobachtet werden konnte. Endlich waren es noch vier Fälle von Herzerkrankungen, bei denen ein Mißerfolg mit Agurin zu verzeichnen war.

In Bezug auf die Wirkungsdauer nach Aussetzen des Agurins ergeben die Versuche, daß von einer Dauerwirkung nicht gesprochen werden kann. In nahezu allen Fällen konnte schon am ersten Tage nach Aussetzen der Agurintherapie ein deutliches Sinken der Urinmenge beobachtet werden. — (Therap. Monatsh., H. 10, 1904.) Laub.

Die Behandlung des Diabetes. Von Prof. Enrico de Renzi in Neapel.

Der Kurplan des Vf.s bezweckt die Herstellung des Gleichgewichtes zwischen dem zu gebrauchenden Stoffe und der Fähigkeit, die der Organismus des Patienten besitzt, denselben auszunützen, mit einem Worte, eine Verminderung der allzugroßen Nahrungsmenge.

Die Behandlung besteht darin, durch geeignete Ernährung die Ruhe derjenigen Organe zu erhalten, welche zur Aus-

Digitized by Google

arbeitung der Glykose bestimmt sind. Es läßt sich durch eine geeignete Kur eine vollkommene Glykolyse erreichen: der Ueberschuß an Glykose soll nämlich verbraucht werden, damit das Blut normal bleibt, und das wird dadurch erreicht, daß man, so weit es möglich ist, die Einführung von Glykose vermindert; dann hört die Hyperglykämie auf, dann hört auch die Hyperglykosurie auf und somit der für den Organismus schwere Verlust an nicht verarbeitetem Nährstoff.

Dieses Resultat erhält man dadurch, daß man der Nahrung die Kohlehydrate entzieht. Dadurch können aber die Kranken den schweren Gefahren der absoluten Fleischernährung ausgesetzt werden. Diese Gefahr kann jedoch beseitigt werden, wenn in systematischer Weise als Behandlung der Diabetiker die Ernährung mit grünen Gemüsen gebraucht wird.

Die größere Toleranz der Diabetiker gegen die Kohlehydrate der Gemüse hängt wesentlich von folgender Eigenschaft derselben ab: außer der Stärke enthalten die grünen Teile der Pflanzen andere Kohlehydrate, die durch hydrologische Spaltung keine Glykose ergeben, sondern Lävulose, welche von den Diabetikern viel besser als Glykose vertragen wird.

Die Diät der Diabetiker auf der Klinik des Vf.s ist folgende: fünf grüne Gemüseportionen, fünf Stücke, d. h. 300 g Fleisch, fünf Eier, ein halber Liter Wein, was zusammen ungefähr 2104 Kalorien beträgt. Bei dieser Diät nimmt nach den Erfahrungen des Vf.s die Glykosurie bei allen Diabetikern ab, ihr Aussehen bessert sich und die Kräfte nehmen zu. Unter anderen Vorzügen besitzt diese Nahrung auch eine bedeutende Menge Alkalikarbonate oder Salze der organischen Säuren, die sich zu Karbonaten oxydieren: diese Einführung von Alkalien neutralisiert einen Teil der saueren Produkte, welche den Organismus vergiften und besonders der β-Oxybuttersäure, die der Haupturheber der sauren Vergiftung zu sein scheint.

Bei grüner Vegetabiliennahrung braucht man kein Fasten zu verordnen; man beseitigt das Fleisch, und während man als Ersatz für dasselbe acht oder zehn Gemüseportionen gegeben hat, kann man sie auf vier oder drei beschränken. Wenn nun die Glykosurie auf den normalen Zustand zurückgeführt worden ist, muß man sehr lange in der Kur der grünen Gemüse beharren; bald wird man denselben Fleisch hinzufügen können und erst, wenn die Glykolyse des Diabetikers wieder normal geworden ist, darf man wieder Kohlehydrate erlauben.

Außer der Nahrung ist bei den Diabetikern jede Behandlung geeignet, welche die organischen Oxydationen verbessern: Turnen, Kinesiotherapie, Spaziergänge auf dem Lande; die Uebung ist das beste Verbrauchsmittel der Kohlehydrate. Die Hydrotherapie ist nützlich, ebenso der Gebrauch der Mineralbäder und -Wasser.

Was die arzneiliche Behandlung des Diabetes anlangt, so hat Vf. nur von der Darreichung des Natriumbikarbonats in großen Dosen Erfolge gesehen. Es neutralisiert die β-Oxybuttersäure, und indem es die Azidosis vermindert, wird der allgemeine Zustand gebessert und auch die Glykosurie nimmt ab.

Zum Schlusse warnt Vf. vor der Anwendung der Elektrizität in Form von Tesla-Strömen, die als Mittel des beschleunigten Stoffwechsels von anderer Seite empfohlen wurde, nach den Erfahrungen des Vf.s jedoch eine Vermehrung der Glykose herbeiführt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 46, 1904.) Laub.

Zur Behandlung der Lungentuberkulose nach Landerer. Von Dr. F. Schrage in Timmel.

Als ein begeisterter Anhänger des Landerer'schen Verfahrens bekennt sich der Vf. Er wendet die intravenösen Hetolinjektionen seit dem Jahre 1900 an und hat gefunden, daß das Hetol ein Mittel von hohem therapeutischen Werte ist, welches auch durch Anwendung in der Sprechstunde eine Anzahl von Phtisen zu heilen vermag.

Auf die Auswahl der Fälle kommt allerdings, namentlich für die ambulatorische Behandlung, sehr viel an. Letztere soll sich, nach Landerer, beschränken auf beginnende Phtisen, „unkomplizierte Tuberkulosen, d. h. fieberfreie Fälle (gelegentliche Steigerungen über 38° schaden

Digitized by Google

nichts) ohne wesentliche Zerstörungen". Selbst kleine Kavernen ohne Fieber sind nicht von der ambulatorischen Behandlung ausgeschlossen. Große Vorsicht empfiehlt Landerer bei vorhandener Neigung zu Bluthusten.

Die kleine Operation selbst gestaltet sich folgendermaßen:

Anlegen einer elastischen Binde um den Oberarm bis zur deutlichen Füllung der Venen (Patient hält den Kopf der Binde); Abreiben der Injektionsstelle mit Lysollösung, dann mit Aether; Füllung, Armierung und Einstellen der Spritze (auf genügende Abkühlung und auf Luftblasen achten!); Einstecken der Kanüle in die Vene und Entleeren der Spritze; Lösen der Binde (durch den Patienten); Herausziehen der Kanüle und Verstreichen der kleinen Stichwunde mit elastischem Kollodium. Abgesehen von einer leichten Hämoptoe in einem Falle, die Vf. Anlaß gab, die Injektionen für zehn Tage auszusetzen, hat er bei 700—800 Injektionen niemals irgend welche Nachteile erlebt.

Die Wirkung der Injektionen macht sich bald in überraschender Weise geltend: die Abendtemperaturen gehen, manchmal nach sehr wenigen Injektionen, auf unter 37° zurück, die Nachtschweiße sistieren ebenfalls sehr bald, das Körpergewicht nimmt zu. Ferner beobachtete Vf. das Schwinden der Rasselgeräusche, Nachlaß des Hustens, Abnahme und veränderte Beschaffenheit des Sputums, schließlich das Schwinden der Bazillen im Auswurf. Als Injektionsflüssigkeit benützte Vf. eine Lösung des von der Firma Kalle & Co. in Biebreich a. Rh., hergestellten Hetol in physiologischer Kochsalzlösung nach folgendem Rezept:

Natrii cinnamylici (Hetol Kalle) 1·0 (3·0 oder 5·0)
Solut. Natriichlorat. (0·7%) ad 100·0
Solve, filtra exactissim., sterilis. d. ad vitr.
Fusc. sign. u. s. — Zur intravenösen Injektion!

— (Münch. med. Wochenschr. Nr. 44, 1904.) Lauh.

Die Desinfektion der Gallenwege. Von Dr. Franz Kuhn.

Die Desinfektion der Gallenwege ist gelegentlich ein sehr anzustrebendes Problem bei Gallenleiden. Für klinische Zwecke kommen eine große Reihe von sonst gebräuchlichen Desinfektionsmitteln nicht in Betracht, als da sind Sublimat, Karbolsäure etc., da sie viel zu gefährlich zu innerem Gebrauch sind und nicht in wirksamer Weise in die Gallenwege kommen. Andere Körper, wie Naphtholpräparate, Formaldehydverbindungen etc., werden nicht in genügender und wirksamer Weise in die Galle ausgeschieden. Thymol, Menthol, bewähren sich wohl in Hinsicht auf ihre desinfektorische Kraft, doch kommen sie nur in geringen Mengen in der Galle zur Ausscheidung; trotzdem können sich auch kleinste Mengen relativ geltend machen und wirksam sein. Anders steht es mit der Salizylsäure und deren Salzen. Sie geht in beträchtlichen Mengen, wie in alle Körpersäfte, so auch in die Galle über und entfaltet bereits in einem Konzentrationsgrad von 0·1% einen sehr erheblichen Einfluß auf die Fäulnisvorgänge in der Galle. Bei einem Verhältnis von 0·5% ist der Einfluß des salizylsauren Natrons schon sehr wirksam, bei 0·8% vollständig vernichtend für alle Fäulnisvorgänge. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 53, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Ueber die Behandlung des Typhus mit Heilserum. Von Dr. du Mesnil de Rochemont. (Med.-Abt. des Altonaer Krankenhauses.)

Vf. bezog das Serum aus dem Schweizer Seruminstitut (Jez'scher Antityphusextrakt). Im ganzen hatte er den Eindruck, als wenn dem Extrakt eine günstige Wirkung auf den Typhusverlauf zukommt; dieselbe kommt naturgemäß bei leichten Fällen stärker zum Ausdruck, als in den schweren; ganz ohne Erfolg war der Extrakt in keinem Fall. Nachteilige Folgen hat Vf. auch bei der Verabreichung großer Dosen nicht gesehen, vielmehr merkt der Patient in der Regel selbst eine wohltätige Wirkung. In leichten Fällen wird durch den Extrakt anscheinend eine Verkürzung des Prozesses herbeigeführt, wohl dadurch, daß durch die Bindung der Toxine der Körper seine antibakteriellen Schutzstoffe rascher und besser zur Geltung bringen

Digitized by Google

kann. Entsprechend der rascheren Entfieberung bei Fortbestehen sonstiger Symptome (Roseolen, Milzschwellung) scheint in manchen Fällen das Rekonvaleszenzstadium länger zu dauern. Es empfiehlt sich jedenfalls bei mit Antityphusextrakt behandelten Patienten in der Rekonvaleszenz besonders vorsichtig zu sein. — (Therap. Monatsh. Nr. 1, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Ueber den Einfluß des Kochsalzes auf die Magenverdauung. Von Dr. M. Bönniger in Gießen.

Durch Kochsalz wird die Magensaftsekretion insoferne beeinflußt, als dadurch die Azidität herabgesetzt wird. Während nach den an einem Pawlow'schen Fistelhund angestellten Versuchen des Vf. die Aziditätswerte beim Hunde nicht wesentlich verändert wurden, konnte beim Menschen nach 7 g NaCl eine beträchtliche Herabsetzung der Azidität festgestellt werden. Es wurde ferner eine auf reichlichen NaCl-Gehalt des Magensaftes zurückzuführende Hemmung der Eiweißverdauung im Magen gefunden, ein Umstand, der den therapeutischen Wert des NaCl gegen Hyperazidität wesentlich beeinträchtigt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Impotenz wurde von k. Rat Dr. E. Hellmer (Wien) und Dr. L. Jakobsohn mit vorzüglichem Erfolg mit Yohimbin behandelt. Hellmer erzielte in 83% günstige Resultate. Seine Patienten kannten den aphrodisierenden Charakter des Medikaments nicht. Jakobsohn verordnete das Mittel folgendermaßen:

Rp. Yohimbini muriatici 0·1
Aq. dest. 20·0

D. S. Dreimal täglich 10 bis 15 bis 20 Tropfen zu nehmen.

Wegen gelegentlicher unangenehmer Nebenwirkung läßt er mit zehn Tropfen anfangen und geht allmählich bis zu 20 hinauf. Bisweilen tritt schon am folgenden Tag der gewünschte Erfolg ein, meist aber erst nach längerer Zeit. Mehr als drei Flaschen waren in keinem Falle nötig. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51, 1903; Allgem. med. Zentral-Ztg. Nr. 11, 1904.) Dr. Fritz Loeb, München.

Die Behandlung der Arteriosklerose mit Jodsalzen. Von Geh. San.-Rat Dr. Erlenmayer in Bendorf.

Vf. empfiehlt in der Jodbehandlung besonders der zerebralen Arteriosklerose so vorzugehen, daß der Jodismus vermieden wird. Seine „einschleichende" Behandlungsart besteht in allmählicher Steigerung der Dosis, die mit Kal. jodat. und Natr. jodat. aa 1·0 : 240·0 Aq. dest., dreimal täglich 20 g, beginnt. Jede weitere Verordnung steigt um je 1 g jeden Satzes. Auf diese Weise sind in 40 Tagen 10 Flaschen mit zusammen 110 g Jodsalzen verbraucht. Am zweckmäßigsten werden zu jeder Flasche 5·0 Natr. bicarb. zugesetzt und gleichzeitig eine strenge Diät eingehalten, welche in Vermeidung aller sauren und säurebildenden Speisen und Getränke, starker Flüssigkeitszufuhr, am besten täglich eine Flasche Fachinger Wasser besteht. Es soll in der Kur keine Pause eintreten, sondern damit erst aufgehört werden, wenn alle Erscheinungen verschwunden sind, in schweren Fällen erst nach 300 g Jodsalzen und mehr. In Zwischenzeiten ist dann die Kur immer zu wiederholen, die in dieser Weise ein Prophylaktikum wird. Vf. ist der Meinung, daß manche Apoplexie, mancher plötzliche Todesfall sich vermeiden lasse, wenn ein zu Arteriosklerose Disponierter jährlich eine Jodkur von 150—200 g machen würde. In den Fällen, in den noch keine oder doch noch keine große Steigerung des intraarteriellen Druckes besteht, kann mit Erfolg auch von zunächst schwachen und allmählich zu verstärkenden Kohlensäure-Soolbädern alternierend mit der Jodkur bei Arteriosklerose Gebrauch gemacht werden. — (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 9 u. 10, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Diät nach Magen- und Darmoperationen. Von Dr. F. Ehrlich in Stettin.

Der größte Teil der am Magen oder Darm Operierten geht bald nach der Operation an Erschöpfung zugrunde. Vf. gibt

Digitized by Google

der üblichen „überblanden" Suppendiät die Hauptschuld; er hat schon vor Jahren die Forderung einer kräftigeren und reichlicheren Ernährung aufgestellt, kann aber erst seit kurzem diese Forderung an seinen eigenen Patienten erfüllen, da er jetzt mit einem Chirurgen zusammen eine Klinik besitzt. Sobald die Nachwehen der Narkose vorüber sind, meist noch am Tage der Operation, bekommt der Kranke Tee, Rotwein, Schleimsuppe. Am Tage nach der Operation mittags und abends Kalbshirn in Bouillon verrührt, auch wenn Brechneigung oder Erbrechen auftritt; eventuell wird dann eine Magenspülung appliziert. Am zweiten Tage kommt hinzu: gekochtes, haschiertes, weißes Fleisch von Taube, Huhn, Kalb; am dritten Tage gekochtes haschiertes Rindfleisch, Kartoffelpüree, Cakes; am vierten Tag roher haschierter Schinken, eingeweichte Zwiebacks, weiche Eier (zwei Minuten); am fünften Tage Brötchen, Spinat, Mondaminauflauf. Vom vierten Tag ab werden die Fleischspeisen auch gebacken, vom siebenten Tag ab nicht mehr haschiert verabreicht. Bei diesem Regime sehen die Kranken meist schon am dritten Tage so aus, daß man ihnen den schweren Eingriff nicht mehr ansieht. Es sind bei dieser Behandlung von zwölf Operierten drei gestorben, und zwar je einer an Peritonitis, Circulus vitiosus und Angina Ludowici unbekannten Ursprungs, an Erschöpfung kein einziger. — (Münch. med. Wochenschrift Nr. 14, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Grenzwerte der Eiweißausnutzung bei Störungen der Magensaftsekretion. Von Dr. v. Tabora. (Assistent der Riegel'schen Klinik in Gießen.)

Bei über den normalen Bedarf hinaus gesteigerter Eiweißzufuhr zeigen die Fälle von fehlender Magensaftsekretion eine sehr erheblich verschlechterte Ausnutzung gegenüber den Fällen von normaler, bezw. gesteigerter Magensaftsekretion. Es ist demnach die sekretorische Magenfunktion für die Aufrechterhaltung der normalen Funktionsbreite der Verdauungsarbeit unumgänglich notwendig. Zufuhr größerer Salzsäuremengen fördert die Eiweißausnutzung bei Achylia gastrica in hervorragendem Maße. Es ist diese Verbesserung eine Folge der spezifisch erregenden Wirkung der Säure auf die Pankreassekretion. Zufuhr größerer Alkalimengen setzt in allen Fällen die Eiweißausnutzung stark herab; dies erklärt sich einerseits aus der Neutralisation etwa vorhandener Magensalzsäure, anderseits aus der hemmenden Wirkung des Alkalis auf die Sekretion des Pankreas. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 53, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Ergotin bei Typhus. Von Dr. A. T. Livingstone.

Der fehlende oder herabgesetzte Tonus der Muskulatur der Blut- und Lymphgefäße spielt eine wichtige Rolle als Faktor für den letalen Ausgang vieler Infektionskrankheiten. Vf. machte zur Besserung des Tonus deshalb Gebrauch von Ergotininjektionen (wässeriger Extrakt mit einigen Tropfen Chloroform) 2—6mal je nach der Schwere des Falles und empfiehlt dringend diese Behandlung des Typhus. — (Amer. Medizin, Philadelph., April 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Quantative Untersuchungen über die Gefäßwirkung von Suprarenin. Von Dr. A. Läwen. (Aus dem pharm. Institut in Leipzig.)

Durch quantitative Versuche konnte an dem Froschpräparat die Abhängigkeit der Suprareninwirkung von der Höhe der angewandten Dosis dargetan werden. Ferner war quantitativ nachzuweisen, daß eine mit dem Luftsauerstoff in Verbindung stehende wässerige Lösung von borsaurem Suprarenin beträchtlich an Wirksamkeit verliert. Durch eine weitere Versuchsreihe wird es sehr wahrscheinlich gemacht, daß eine Affinität von Zellen der Gefäßwand zu Suprarenin im Sinne einer starken elektiven Aufnahmsfähigkeit vorhanden ist. Aus den Versuchen ging hervor, daß die Aufnahme des Giftes umso größer ist, je größer die Zahl der für dasselbe aufnahmsfähigen Zellen ist. Weiterhin läßt sich nachweisen, daß Suprarenin auch bei

Digitized by Google

sistierender Zirkulation in Verbindung mit der Gefäßwand jedenfalls unter der Tätigkeit der glatten Muskelzellen zerstört wird. Beim Zusatz von Kokain zum Suprarenin wurde eine volle Suprareninwirkung erzielt. Eine wesentliche Abschwächung der Suprareninwirkung war durch Zusatz von Eukain und Tropakokain zu erzielen. Diese Abschwächung trat besonders bei der Anwendung von Gemischen dieser Substanzen mit Suprarenin zutage.

Für die Praxis ist nach diesen Erfahrungen die Anwendung von Kokain-Suprareningemischen allein zu empfehlen. — (Arch. f. exp. Path. und Pharm., Bd. 51, H. 6, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Physikalische Therapie.

Zur physikalischen Therapie des chronischen Gelenksrheumatismus. Von Dr. N. Dohan in Wien.

Brieger und Laqueur betonen auf Grund zahlreicher klinischer Belege die Ueberlegenheit der wärmestauenden Prozeduren über die wärmezuführenden. Die Wärme wirkt wohl in beiden Fällen schmerzlindernd, hyperämisierend und die Schweißsekretion steigernd, doch eine Steigerung der Stoffwechselvorgänge, eine Erhöhung des Zerfalles stickstoffhältiger und stickstoffloser Substanzen, worum es sich doch bei Behandlung des chronischen Gelenksrheumatismus in erster Linie handelt, kommt nur den wärmestauenden Applikationen zu. Zu diesen gehören als allgemeine Prozeduren die protrahierten heißen Vollbäder, die Dampfkastenbäder, die feuchten Einpackungen, Moor-, Fango- und Sandbäder, als lokale Prozeduren heiße Umschläge, lokale heiße Bäder, lokale Moor- und Fangobäder, der heiße Dampfstrahl in der Dauer von 10—15 Minuten und die heiße Wasserdusche. Auch die Bier'sche Stauung gehört zu diesen Prozeduren und wir erzielen mit ihr selbst in schweren Fällen Nachlaß der Schmerzen und Versteifungen. Das kranke Gelenk muß bei diesem letzteren Verfahren gänzlich frei bleiben, während die gesunde Partie in bekannter Weise durch eine Gummibinde derart eingewickelt wird, daß das Gelenk blaurot anschwillt. Zu den wärmezuführenden Prozeduren zählen wir allgemeine elektrische Licht- und Sonnenbäder, Heißluftbäder und Bogenlichtbestrahlungen, das heiße Bad 38—40° C. in der Dauer von 15—20 Minuten, sowie die heiße Dampfdusche, ebenfalls 15—20 Minuten lang. Doch hüte man sich bei diesen Prozeduren vor einer Hyperthermie, die allzu oft, besonders bei nicht ganz intaktem Herzen, manchmal aber auch bei vollständig normalen Zirkulationsverhältnissen von schweren Folgen begleitet sein kann. Vorsicht ist geboten, was die Häufigkeit der Prozeduren betrifft, und es ist eine Pflicht des Arztes, diesbezüglich auf individuelle Verhältnisse die allergrößte Rücksicht zu nehmen, auch verabsäume man nie, allen Wärmeapplikationen die entsprechende Abkühlungsprozedur in Form von Duschen, Abreibungen, Halbbädern und Uebergießungen folgen zu lassen, sowie die Anwendung von kühelnden Umschlägen auf Stirn und Kopf während der Prozedur, um eine Rückstauungskongestion zu verhüten.

Wenden wir uns nun derjenigen Gruppe von Forschern zu, die einer kalten oder besser wechselwarmen Behandlung des chronischen Gelenksrheumatismus das Wort reden. Die Furcht des Uebersprungens der Erkrankung auf andere Organe infolge der Kälteeinwirkung war lange Zeit dasjenige Moment, das die Aerzte von der Anwendung des kalten Wassers abhielt, bis Winternitz auf Grund seiner reichen praktischen Erfahrung und seiner Forschungen nachgewiesen hat, daß gerade das Gegenteil der Fall ist, daß der erkrankte Organismus vielmehr durch die tonisierende Wirkung der Kälte befähigt wird, dem Fortschreiten der Infektion Einhalt zu gebieten, indem auf diesem Wege eine vermehrte Ausscheidung der Toxine aus dem Körper stattfindet, zugleich aber auch jene Erhöhung der Alkaleszenz des Blutes durch Ausscheidung von Säuren vor sich geht und durch Vermehrung der Leukozyten eine Vernichtung

Digitized by Google

der Bakterien beschleunigt wird. Ein anderer Grund, warum das kalte Wasser beim chronischen Gelenksrheumatismus von vielen perhorresziert wird, ist der, daß der mechanische Reiz, der mit der Kaltwasserapplikation verbunden ist oder ihr folgen muß, von den meisten Patienten nicht vertragen wird, oder doch mindestens nicht so angenehm empfunden wird, als ein warmes Bad oder ein anderes schonendes Vorgehen.

Denken wir uns einen Menschen, der hilflos an das Bett gefesselt ist, bei der leisesten Berührung seiner erkrankten Extremitäten von rasenden Schmerzen gepeinigt wird, wie wollen wir dem Teilwaschungen oder andere mechanisch-thermische Prozeduren verabreichen? Ist es da Wunder zu nehmen, wenn der Arzt bei gleicher physiologischer Wirkung zweckverschiedener Prozeduren, sich für die dem Patienten angenehmere entscheidet und nicht so sehr auf die nachhaltige, als auf die momentane Wirkung bedacht ist. Es gibt jedoch eine Behandlungsmethode, die es uns ermöglicht, bei Vermeidung der allzugroßen Unannehmlichkeiten für den Patienten, die Gelenke mechanischen und thermischen Affektionen auszusetzen. Es ist dies das von dem russischen Arzte Drosoff empfohlene und von Winternitz in die Praxis eingeführte Verfahren, nach welchem durch Applikation des induzierten elektrischen Stromes in der Dauer von 8—10 Minuten auf das erkrankte Gelenk eine fast vollständige Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit desselben herbeigeführt wird. Dieser Erfolg ist manchmal schon nach einer einmaligen Prozedur ersichtlich und man kann nun zu den mechanisch-thermischen Manipulationen schreiten. Dieselben bestehen zu Beginn der Kur in den meisten Fällen aus Teilwaschungen des ganzen Körpers mit Wasser von zirka 14° C. und den von Winternitz empfohlenen Longettenverbänden, das sind erregende Umschläge, die auf die Resorption starrer oder auch flüssiger Exsudate von gutem Einflusse sind. Diese Prozedur muß entsprechend den einzelnen Heftigkeitsgraden der Erkrankung mehr oder weniger lang fortgesetzt werden. Der zweite Teil der Kur besteht gewöhnlich in Verabreichung eines 8—10 Minuten lang dauernden Dampfkastens, darauf Applikation einer kalten Dusche auf die kranken Gelenke und Nachdunstung ohne Abtrocknung, doch gibt es auch hier Variationen entsprechend der Eigenheit des Einzelfalles. Was die Diät während der Kur anlangt, so ist es gut, sich im Beginn auf Milch oder Milchspeisen zu beschränken und später zu leicht verdaulichen Speisen überzugehen.

Auf diese Weise erzielen wir in den meisten Fällen nicht nur eine bedeutende Besserung des krankhaften Zustands, sondern härten den Organismus in entsprechender Weise ab und eine Rezidive wird viel seltener eintreten, als es bei Wärmeprozeduren der Fall ist, die gar zu oft eine enorme Hautschwäche hervorrufen, welche bei neuem, manchmal nur geringem Kältereiz mit einer Exazerbation des früher schon gebesserten Zustands reagiert. Ein nicht zu vernachlässigender Faktor ist die Jahreszeit, in welcher die Erkrankung auftritt. Winternitz empfiehlt diesbezüglich folgendes: Kommt der chronische Gelenksrheumatismus im Sommer zum Ausbruch, so möge vorher entsprechende Thermalkur versucht werden und nachher zur Beseitigung der durch die Thermen hervorgerufenen Hautschwäche und zur Abhärtung wegen Vermeidung von Rezidiven eine entsprechende Wasserkur nachfolgen. Im Winter hingegen kann man gleich mit der hydriatischen und mechanischen Kur in der oben geschilderten Weise beginnen. — (Blätter f. klin. Hydrotherapie Nr. 9, 1904.) Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Zur Frage der Transplantatio thyreoideae beim Menschen. Von Prof. Dr. H. Cristiani in Genf.

Bis jetzt sind zwei Arten von Transplantatio thyreoidea in Anwendung gebracht worden: Die Transplantatio homothyreoidea (= Ueberpflanzung menschlicher Drüsensubstanz, Kocher) und die Transplantatio heterothyreoidea (= Ueberpflanzung tierischer Drüsensubstanz,

Digitized by Google

besonders vom Hammel, Horsley). Vf. hat gefunden, daß die Transplantatio thyreoidea beim Menschen möglich ist und daß durch eine prophylaktische Vornahme derselben sich in Fällen, wo nach zu radikaler Drüsenexstirpation eine Cachexia strumipriva droht, diese verhüten läßt. In Fällen myxödematöser Hypoplasie der Drüse ist die Transplantatio thyreoidea imstande, zur Entwicklung und zum Persistieren des Gewebes zu führen. — (La semaine médicale Nr. 11, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Klinische und phatologisch anatomische Erfahrungen auf dem Gebiete der Magenchirurgie. Von Dr. Dario Maragliano in Genua. (Assistent der chirurg. Abt. des Augusta-Hospitals in Berlin; Prof. F. Krause.)

Vf. berichtet über die Fälle, die von November 1900 bis Mai 1903 operiert wurden. In zwölf Fällen wurde wegen Magenkarzinom reseziert. Kontraindikationen bilden Metastasen und Adhäsionen des Tumors mit der Nachbarschaft, die eine Abtragung im Gesunden unmöglich machen. Ergriffensein exstirpierbarer Drüsen, Verwachsungen von Mesokolon mit der hinteren Magenwand oder mit dem großen Netz bilden keine Kontraindikation. Um lokale Rezidive zu vermeiden, müssen von der Magenwand 3 cm, vom Duodenum nur 1 cm vom erkrankten Gewebe entfernt exstirpiert werden. Von den 12 Patienten starben $33^1/_3$% an den Folgen der Operation, ebensoviel sind noch nach 11—32 Monaten rezidivfrei. In 29 Fällen von Magenkarzinom wurde die Gastroenterostomie vorgenommen, und zwar sind das Fälle, wo eine Resektion entweder wegen zu großer Schwäche des Patienten oder wegen zu großer technischer Schwierigkeit unmöglich war. Es wurde meist die Gastroenterostomia antecolica posterior mit gleichzeitiger Enteranastomose angewandt. 48% Mortalität. Jejunostomiert wurde in drei Fällen, von denen zwei letal verliefen. Gastroenterostomie wegen gutartiger Stenose wurde zehn, Pyloroplastik nach Heinecke-Mikulicz in zwei Fällen mit vollem Erfolg (quoad vitam) vorgenommen. Heilung trat in elf von diesen zwölf Fällen ein.

Die Indikation zum operativen Eingriff bei Ulcus ventriculi bilden 1. Versagen einer rationellen, streng durchgeführten inneren Behandlung (fünf Fälle mit drei Heilungen und zwei Todesfällen), 2. motorische Insuffizienz infolge von Pylorospasmus oder Atonie. In zwei Fällen wurde wegen Perforation des Ulkus operiert, in einem Falle mit Erfolg. Zwei operierte Sanduhrmägen wurden geheilt. Wenig erfreulich waren die Resultate nach Anlegung einer Gastrotomie (Witzel) wegen vorgeschrittenen Oesophaguskarzinomens. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 41, H. 3, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Weitere Erfahrungen mit Skopolamin-Morphin-Narkose. Von Dr. B. Korff.

Nachdem Vf. vor Jahresfrist über 60 Operationen, bei welchen die Anästhesie mittels subkutaner Injektion von Skopolamin-Morphin erzeugt wurde, berichtet hatte, teilt er neuerlich wieder die Resultate einiger Narkosen mit, die geeignet sind, dem Arzte, der ohne Assistenz arbeitet, diese Art der Betäubung empfehlenswert zu machen.

Die Erfahrungen, die sich auf mehr als 200 Skopolamin-Morphin-Narkosen beziehen, faßt Vf. dahin zusammen:

1. Die Skopolamin-Morphin-Narkose ist wohl geeignet, in ihrer Dosierung von Skopolamin 0·001, Morphin 0·025 pro Einzelfall in geteilten Dosen und Zeiten, $^1/_3$ der Dosis $2^1/_2$ Stunden, $^1/_3$ der Dosis $1^1/_2$ Stunden und $^1/_3$ der Dosis $^1/_2$ Stunde vor der Operation, andere bisher übliche Narkosen zu ersetzen.

2. Sie läßt in dieser Dosis keine Gefahr (für Herz und Lunge) erkennen. Auch andere Organstörungen sind nicht beobachtet worden.

3. Die Wirkung der Narkose ist bei verschiedenen Individuen eine verschiedene; es gibt einzelne Individuen, welche auf die Skopolamin-Morphin-Narkose merkwürdig schwach reagieren; bei diesen müßte eine weitere Dosis Skopolamin 0·0002—3 und Morphin 0·005—0·01 gereicht werden oder eine ganz leichte

Digitized by Google

Chloroform- oder Aethernarkose eingeleitet werden. Höhere Skopolamin-Dosen hält Vf. für nicht erlaubt.

4. Die Hauptannehmlichkeiten der Narkose bestehen im Wegfall der Brechneigung während und nach der Operation und der dadurch bedingten Gefahr.

5. Bei dem während der Narkose vor, während und nach der Operation eintretenden, oft sehr tiefen Schlaf ist darauf zu achten, namentlich bei zahnlosen älteren Leuten, daß die zurücksinkende Zunge die Atmung nicht behindert.

Die Tiefe des durch die Injektion bewirkten Schlafes ist verschieden. Manchmal sind die Patienten nicht so tief betäubt, daß sie von nichts wissen, sie wissen, daß man sie operiert, reagieren während der Operation auf Anrufen, spüren aber fast gar keine Schmerzen und liegen ruhig. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33, 1904.) E.

Ueber Blutungen aus der Magendarmwunde bei Gastroenterostomie. Von Dr. Doberauer.

Bei der Gastroenterostomie ist es selten notwendig, eine Ligatur der durchschnittenen Magendarmgefäße auszuführen. Die jetzt allgemein übliche fortlaufende Seidennaht besorgt gewöhnlich die Blutstillung, wenn sie gehörig angezogen wird. Trotzdem kam es in einem auf der Klinik Wölfler operierten Falle zu einer so schweren Nachblutung, daß die Patientin vier Stunden nach der Operation große Blutmengen erbrach und trotz reichlich verabreichter Exzitantien rasch kollabierte. An der bereits bewußtlosen Patientin wurde der Bauch und die vordere Hälfte der Gastroenterostomiewunde nochmals geöffnet und als Ursache des raschen Verfalles zwei ganz kleine blutende Gefäße am Darme gefunden. Ligatur der Gefäße; neuerliche Naht; reichliche Kochsalzinfusionen. Am nächsten Tage war die Patientin vom Kollaps vollständig erholt, und genas nach 14 Tagen. Vf. ist der Meinung, daß trotz der in dem beschriebenen Falle vorgekommenen Blutung es dennoch nicht notwendig ist, die durchschnittenen Magen- und Darmgefäße zu ligieren. Es würde dadurch eine unnütze Verlängerung der Operation erfolgen und außerdem würden die Ligaturen an der Schnittfläche die genaue Adaptierung der durchschnittenen Darmstücke hindern. Eine gute, fortlaufende Seidennaht, die alle Schichten des Darmes mitfaßt und in nicht zu weiten Abständen angelegt wird, wird in den meisten Fällen auch weiterhin die Blutung verhindern. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 41, 1904.) E.

Ueber Jute-Flies-Verbände. Von Dr. O. Langemak.

Als Unterstützung der Bier'schen Heißluftbehandlung und Ersatz derselben bei zahlungsunfähigen Patienten empfiehlt Vf. eine Verbandsmethode, die sich bei Gelenksversteifungen, Arthritis deformans und gonorrhoica, dann bei Gelenksrheumatismus sehr gut bewährt hat. Der Verband besteht in folgendem: Nachdem die Haut des erkrankten Gelenkes und seiner Umgebung gut mit Vaseline oder einem anderen Fett eingerieben ist, wird rings um das Gelenk in dicker Schicht Jute-Fliese gewickelt, so daß eine 10—15 cm dicke Lage das Gelenk umgibt; darüber kommt ein Stück Billroth-Battist. Eine breite Binde wickelt den Verband so locker, daß noch ausgiebige Bewegungen möglich sind, aber doch so fest, daß der Verband nicht abgleitet und sich nicht verschiebt.

Jute-Fliese ist ein Material, das im Tapezierergewerbe viel zu Polsterungen verwendet wird und 15 Pfennig per Pfund kostet. Es darf mit dem die Wärme weniger zurückhaltenden Werg nicht verwechselt werden. Unter diesem Verband entwickeln sich Temperaturen bis zu 40°, so daß der Patient das Gelenk dauernd wie in einem Wärmekasten hält. Die Patienten werden angewiesen, in dem Verband möglichst ausgiebige Bewegungen zu machen und es ist auffallend, wie rasch die Beweglichkeit der versteiften Gelenke zunimmt. Im Gegensatz zu der Behandlung mit passiven Bewegungen ist die Behandlung mit diesen die Wärme bindenden Verbänden absolut schmerzlos. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 43, 1904.) E.

Digitized by Google

Die Behandlung der Hernien mit Alkoholinjektionen. Von Dr. Brodnitz.

Vf. hat in 73 Fällen die Methode der Alkoholinjektion nach Schwalbe zur Heilung von Hernien nachgeprüft und zum Teile Resultate erhalten, die zur weiteren Nachprüfung der Methode anefern.

Bei Kindern erzielte er einen vollen Erfolg, auch in Fällen, in welchen vor der Behandlung ein Bruchband den Bruch zurückzuhalten nicht imstande war. Während der Beobachtungszeit von 6—18 Monaten trat kein Rezidiv auf. Die Behandlung ist daher bei Kindern besonders zu empfehlen, ebenso auch bei erwachsenen Personen mit Bruchanlage; hingegen hat sich die Behandlung bei Hernien, die bereits einen größeren Bruchinhalt haben, nicht bewährt. Hier erzielt man nur eine Verkleinerung der Bruchpforte, so daß Brüche, die früher durch ein Bruchband nicht zurückgehalten werden konnten, jetzt durch ein leichtes Bruchband zurückgehalten werden.

Vf. injizierte bei Kindern 0·5—1·0 g absoluten Alkohol, bei Erwachsenen 3 bis 5 g in jeder Sitzung. Die Injektion ist anfangs schmerzhaft, einige Stunden nach der Injektion bleibt nur ein dumpfes Gefühl in der Leistengegend. Im Anschluß an die Injektion entsteht eine derbe Schwellung, die sich allmählich zurückbildet und ein derbes Narbengewebe zurückläßt. Manchmal entstehen oberflächliche oder auch tiefere Gewebsnekrosen. Die Injektionen können ambulatorisch gemacht werden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 41, 1904.) E.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Zervixrisse. Von Beyer.

Zervixrisse sind die Ursache einer ganzen Reihe von Beschwerden, die sich in Kreuzschmerzen, Seitenstechen, Leukorrhoe, Menorrhagie und Dysmenorrhoe, sowie in Erscheinungen von Seite des Nervensystems, so Kopfschmerzen, Neuralgien und anderen nervösen Symptomen äußern. Bezüglich der Diagnose macht Vf. darauf aufmerksam, daß Verwechslungen mit Erosionen und Ulzerationen der Portio leicht möglich sind. Besonders häufig werden die „unvollkommenen Zervixrisse", wo die Muttermundslippen nur noch durch den Vaginalüberzug der Portio zusammengehalten werden, übersehen. Nur durch genaue instrumentelle Untersuchung kann man Mißgriffen vorbeugen. Man stellt sich die Portio im Speculum ein, faßt die Muttermundslippen mit der Kugelzange, zieht sie herab und sondiert vorsichtig und genau. Bezüglich der Therapie empfiehlt Vf. die Trachelorrhapie, doch muß man in der Auswahl der Fälle sehr vorsichtig sein, da unter gewissen Verhältnissen das operative Vorgehen von üblen Folgen begleitet sein könnte. So ist bei entzündlichen Erkrankungen der Tuben oder Ovarien ein operatives Eingreifen zu unterlassen, da infolge der Zerrung häufig ein akutes Aufflammen der Entzündung vorkommt. Bei bestehendem Pyosalpinx kann diese kleine Operation selbst zu letalem Ausgang führen. Mithin empfiehlt Vf., sich genauest über die bestehenden pathologischen Befunde am Genitale zu orientieren und dementsprechend vorzugehen. Ganz besonders ist die Möglichkeit eines bestehenden Karzinoms immer im Auge zu behalten und im Interesse der Differentialdiagnose bei Zeiten die mikroskopische Untersuchung vorzunehmen. — (Philadelphia med. journ., 1903.) Königstein.

Behandlung mit Eierstocksaft. Von Krusen.

Vf. sah sich durch einschlägige, nicht ungünstige Erfahrungen, die mit der therapeutischen Anwendung von ausgepreßtem Organsaft der Eierstöcke gemacht wurden, veranlaßt, ebenfalls diesbezügliche Versuche anzustellen, und kam hiebei zu folgendem Resultat: 1. Bei Amenorrhoe, Dysmenorrhoe u. dgl. war kein Erfolg zu verzeichnen. 2. Bei vasomotorischen Störungen nach Oophorektomie zuweilen. 3. Bei natürlicher Menopause konnte keine Besserung oder Heilung festgestellt werden. Ob die sub 2 zuweilen erzielte Besserung wirklich dem Eierstocksafte zuzuschreiben oder nicht vielmehr als suggestive Wirkung anzusehen ist, ist

Digitized by Google

nach der Ansicht des Vf. sehr fraglich, und wurde bisher noch kein sicherer Nachweis dafür erbracht, daß dem Eierstocke, außer seiner spezifischen Funktion, Eier zu bilden, noch eine der Schilddrüse oder Nebenniere analoge zukomme. — (Bull. of the John Hopkins hospital, 1902.)

Königstein.

Ueber die Entstehung der Retroversioflexio uteri und ihre pathologische Bedeutung. Von Bandler.

Vf. bespricht vorerst die topographische Anatomie der Beckenorgane, das Verhalten der Ligamente zum Uterus, die Beziehungen der Parametrien und des Levator ani zur Zervix. Er geht dann zur Besprechung der angeborenen Retrodeviationen über und läßt sich schließlich des längeren über die Art und Weise der Entstehung der erworbenen aus. Vf. ist der Ansicht, daß die lästigen Symptome der Retrodeviationen häufig ihre Ursache in Komplikation mit Uterusprolaps haben und kommt zu folgenden Schlüssen, die er mit einer Statistik von Schröder in Königsberg rechtfertigt: 1. Retroversioflexio an sich ist keine pathologische Erscheinung. 2. Die größere Zahl der Retrodeviationen sind angeboren. Retroflexio ist kein Hindernis, Erkrankungen der Beckenorgane zur Heilung zu bringen. 3. Wo Retroversio-flexio ohne Komplikation von Seite des Peritoneums der Tuben oder Ovarien Symptome verursacht, ist Uterusprolaps in Erwägung zu ziehen oder allgemeine Enteroptose. 4. Prolaps der Scheide, Kystozele und Retrodeviation sind voneinander unabhängige Erkrankungen. 5. Wo Retroversioflexio allein von ernsten Symptomen begleitet ist, muß eine Korrektur der Lage vorgenommen werden. In den meisten Fällen wird das operative Vorgehen vermieden werden können. — (Med. record, 1903.)

Königstein.

Ueber Geschlechtsbeeinflussung. Von K. Küster.

Die Geschlechtsbestimmung ist trotz der einschlägigen seinerzeitigen Publikationen von Schenk noch immer in geheimnisvolles Dunkel gehüllt. Was man heute darüber sagen kann, beruht ebenfalls nur auf Empirie. So sind besonders langjährige Hausärzte in der Lage, aufklärende Beobachtungen bei Familien mit einseitiger Knaben- oder Mädchennachkommenschaft zu machen. Vf. selbst hat dabei folgende Tatsache konstatiert: Wenn der Koitus in längeren Pausen vollführt wird und mindestens 10—14 Tage nach dem Zessieren der letzten Regel zu Konzeption geführt hat, so werden Knaben geboren. Mädchen jedoch, wenn der Koitus in geringen Pausen vollführt wird und bald nach dem Aufhören der letzten Menses zur Empfängnis geführt hat. Vf. schließt aus dieser Tatsache, daß Ei und Samenfaden eingeschlechtlich sind und das Bestreben haben, ihr eigenes Geschlecht fortzupflanzen. Je mehr das Ei geschwächt ist durch die lange Zeit zwischen Produktion und Befruchtung oder durch Entkräftung oder höheres Alter der Produzentin, umso eher wird der männliche Samen sein Geschlecht durchsetzen oder umgekehrt. Bei häufigem geschlechtlichen Verkehr der Ehegatten, besonders unmittelbar nach der Periode, ist die Erregung der Frau gesteigert, das eben produzierte Ei zeugungskräftiger als der durch den gesteigerten geschlechtlichen Verkehr geschwächte Samen des männlichen Ehegatten. Vf. führt als Wahrscheinlichkeitsbeweis die politischen Konvenienzheiraten in regierenden Häusern an, wo es durch die Seltenheit des Koitus häufig zur Erzeugung von Knaben kommt. Dagegen sieht man in Neigungsehen Mädchen auf Mädchen folgen. Weiters kann man beobachten, daß ältere Erstgebärende häufiger Knaben zur Welt bringen, wenn sie an einen jüngeren gesunden und kräftigen Mann verheiratet sind. Letztere Tatsache wurde auch bei Tieren konstatiert und wird von Tierzüchtern mit Erfolg zur Geschlechtsbestimmung benützt. Vf. war in der Lage, bei verläßlichen Angaben der Eheleute das Geschlecht des kommenden Sprossen vorauszusagen, auch gelang es bei einem Probeversuch, der auf seine Veranlassung unter den oben erörterten Bedingungen in Szene gesetzt wurde, einen männlichen Nachkommen zu er-

Digitized by Google

zeugen. — (Klin.-therapeut. Wochenschr. Nr. 1, 1903.) Königstein.

Ueber eine seltene Indikation zur supravaginalen Amputation des Uterus. Von F. Kleinhans.

Vf. berichtet über eine IV para mit hochgradig osteomalakischem Becken, die im vierten Monate der Gravidität zu abortieren begann. Infolge der hochgradigen Beckenverengerung konnte jedoch der Abortus nicht spontan verlaufen. Der Uterusinhalt wurde verhalten und begann zu putreszieren. Es wurde die Laparotomie mit supravaginaler Uterusamputation vorgenommen. Dabei zeigte sich, daß der Raum zwischen der Gegend des Promontoriums und den ganz aneinander gerückten horizontalen Schambeinästen gerade noch Raum für eine Fingerspitze bot. Die Gebärmutter lag vollständig über dem Beckeneingang, war tetanisch kontrahiert und drängte sich von selbst nach Eröffnung des Peritonealraumes aus der Bauchwunde heraus. Die Gebärmutter zeigte eine ausgesprochene Sanduhrform und fand sich beim Durchschneiden derselben in der Korpushöhle die mazerierte Plazenta, im unteren Uterinsegmente die zerquetschte Frucht. Die Osteomalazie hatte sich im dritten Wochenbett rapid entwickelt. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 15, H. 3.)

Königstein.

Bemerkungen über zwei Fälle von Symphyseotomie. Von Cristeanu.

Vf. berichtet über zwei einschlägige Fälle, die er mit wesentlich vereinfachtem Instrumentarium vorgenommen hat und beide von gutem Erfolge begleitet waren. Er glaubt, daß nach dieser vereinfachten Methode die Operation nicht nur an den Kliniken, sondern auch an Ort und Stelle von jedem Arzte im Hause werde vorgenommen werden können. Der Verlauf der Operation ist folgender: Nachdem das Operationsfeld und die Vagina aseptisch gemacht worden sind, wird die Zange direkt an den hochstehenden Schädel angelegt. Hierauf wird die Haut über der Symphyse bis auf den Knochen eingeschnitten und der Schnitt nach rechts in das rechte Labium bis zur Höhe des Ligamentum triangulare fortgesetzt. Nun wird der Zeigefinger der linken Hand mit nach oben gekehrter Volarfläche unter die Symphyse eingeführt und die Weichteile Urethra und Klitoris nach unten und links gedrängt. Dann werden die Wundränder mittels Häkchen auseinandergehalten und die Symphyse, sowie das Ligamentum triangulare gleichsam auf dem eingeführten Finger mit einem einfachen Bisturi durchschnitten. Die ganze Operation dauert kaum 15 Minuten und die Blutung dabei ist gleich Null. Während nun die Wundfläche mit steriler Gaze bedeckt ist, wird das Kind an der liegen gelassenen Zange extrahiert. Hierauf werden die Symphysenteile genähert und die Weichteile ohne tiefe Naht mit 8—10 Knopfnähten vereinigt, dann ein einfacher Verband und T-Binde angelegt. In beiden Fällen blieb wohl die Symphyse beweglich, ohne daß jedoch die Frauen beim Gehen irgend welche Beschwerden gehabt hätten. Die Kinder wurden lebend extrahiert. — (Revista de chir. Nr. 10, 1901.) Königstein.

Kaiserschnitt und Totalexstirpation bei Carcinoma uteri. Von G. Coën.

Vf. berichtet über eine 33jährige VII. para, die sich am normalen Ende der Gravidität befand und bei welcher schon vor Beginn dieser Schwangerschaft vom Vf. das Vorhandensein eines Zervixkarzinoms konstatiert wurde. Vf. hatte bereits damals die Operation in Vorschlag gebracht, jedoch hat die Patientin es für besser befunden, sich jeder weiteren Beobachtung zu entziehen, und so wurde Vf. erst gerufen, als die Geburt bereits im vollsten Gange war. Da trotz ausgiebiger Wehen keine genügende Erweiterung des Muttermundes stattfand, überdies auch Temperaturerhöhung eintrat, so mußte operativ eingegriffen werden. Vf. nahm vorerst die Sectio caesarea vor, extrahierte die Frucht samt Plazenta und amputierte den Uterus. Der Zervixstumpf wurde dann auf vaginalem Wege entfernt. Der Verlauf war ein guter. Das Kind starb am zweiten Tage. Anschließend an diesen Fall geht Vf. daran, die ganze Frage der Behand-

Digitized by Google

lung des Uteruskarzinoms während der Gravidität und unter der Geburt zu erörtern. Vorerst bringt er eine Uebersicht über den Standpunkt, welchen die verschiedenen Autoren in dieser Frage einnehmen, und bringt dann seine eigene Ansicht vor. Nach der Meinung des Vf. liegt der Schwerpunkt der Frage darin, ob das Karzinom noch operabel ist oder nicht. In letzterem Falle ist nur auf das Leben des Kindes Rücksicht zu nehmen. Mithin wäre ein normaler Verlauf der Gravidität anzustreben, um eine reife Frucht zu erzielen. Der Partus kann den Naturkräften überlassen werden. Sollte das Karzinom im Verlauf der Geburt ein Geburtshindernis bilden, dann müßte künstlich eingegriffen werden und je nach der Sachlage zum Forzeps, multiplen Inzisionen, Sectio caesarea gegriffen werden. Anders liegt die Sache, wenn das Karzinom noch radikal zu operieren ist, dann muß so rasch als möglich die totale Entfernung des Uterus vorgenommen werden. Welcher Weg dabei einzuschlagen ist, richtet sich ganz nach dem Zeitpunkte der Gravidität. Am einfachsten gestaltet sich die Sachlage in den drei ersten Monaten der Gravidität. Hier wird die Totalexstirpation des Uterus per vaginam ohne Eröffnung des graviden Uterus vorgenommen. Im zweiten Drittel der Gravidität kann man den vaginalen Kaiserschnitt machen mit vaginaler Entfernung des Uterus oder die abdominale Totalexstirpation, auch kann man ein gemischtes Verfahren einschlagen, indem man die Frucht per vaginam den entleerten Uterus abdominal entfernt. Nach dem siebenten Monat muß die Sectio caesarea gemacht werden, um das Kind zu retten. Im unmittelbaren Anschlusse daran ist die Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus vorzunehmen entweder nach Olshausen auf vaginalem Wege oder nach Fehling auf gemischtem Wege. Dasselbe Verfahren ist selbstverständlich während des Geburtsverlaufes einzuschlagen. Für letzteren Fall empfiehlt Vf. ganz besonders die im oberwähnten Falle in Anwendung gezogene Methode. — (Rasseyna d'ost e gin. Nr. 3—5, 1901.)

Königstein.

Neuere Statistiken über die primären und endgiltigen Erfolge der Hysterektomie bei Gebärmutterkrebs. Von Clark.

Vf. vergleicht die neueren Statistiken über die Erfolge der Hysterektomie, besonders die von Winter, Cullen und Wertheim, mit seinen eigenen diesbezüglichen Erfahrungen und kommt zu dem Resultat, daß sich zwar die primären und endgiltigen Erfolge entschieden gebessert haben, letztere jedoch noch vieles zu wünschen übrig lassen. Die Hauptursache der Besserung schreibt Vf. dem Umstand zu, daß die Krebskranken frühzeitig vom praktischen Arzte dem Operateur zugewiesen werden. Weniger Bedeutung mißt er der Fortnahme der Drüsen zu, denn wenn diese wirklich bereits karzinomatös erkrankt sind, so kann ihre Exstirpation das lokale Rezidiv nicht mehr verhüten. Nichtsdestoweniger spricht er ihrer jedesmaligen Entfernung das Wort. Er schließt mit dem Mahnwort, bei Blutungen im vorgeschrittenen Lebensalter sofort genaueste Untersuchungen anzustellen. — (Univ. of Pennsylvania med. bullet. 1901.) Königstein.

Ueber die Bedeutung der Brandschorfe in der Bauchhöhle. Von K. Franz.

Vf. stellte diesbezügliche Versuche an Kaninchen derart an, daß in einer Versuchsreihe nach Vornahme der Laparotomie entweder das intakte Peritoneum oder die vom Peritoneum entblößte frei liegende Muskulatur in einer großen Ausdehnung mit dem Paquelin verschorft wurde und zum Vergleiche bei demselben oder einem möglichst gleich großen Tiere eine entsprechende Stelle der Bauchhaut vom Peritoneum ohne Verschorfung frei präpariert wurde. Dabei zeigte sich, daß die Entblößung auch einer großen Fläche der Bauchwand vom Peritoneum für gewöhnlich zu keinen Adhäsionsbildungen führt", daß jedoch die Zurücklassung von Brandschorfen in der Bauchhöhle geradezu eine gewisse Disposition für die Entstehung von Adhäsionen schafft. In einer anderen Versuchsreihe wurde das Verhalten der Brandschorfe der Infektion gegenüber nach den verschiedensten Richtungen hin eingehend geprüft. Vf. kam bei

Digitized by Google

letzteren Versuchen zu dem Resultate, daß Brandschorfe ein begünstigendes Moment für die Entstehung einer Infektion abgeben. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 47, H. 1.)

Königstein.

Urologie.

Die Behandlung der senilen Prostatahypertrophie. Von Orville Horwitz.

Das Studium von 150 Fällen von Prostatahypertrophie mit besonderer Berücksichtigung der operativen Chancen und Erfolge führte Vf. zu folgenden Schlüssen:

Es geht nicht an, für alle Fälle eine Methode zu empfehlen; man muß in jedem Falle individualisieren. Die Gefahren des täglichen Katheterismus sind größer als die der Radikaloperation, wenn sie im Beginne der Erkrankung ausgeführt wird. Die Indikation zur Operation besteht in dem Moment, wenn die Notwendigkeit des regelmäßigen Katheterismus eintritt. In einem großen Teil der Fälle ist die Bottinische galvanokaustische Inzision die sicherste und beste Methode, den Kranken von seinen Harnbeschwerden zu befreien. Besteht gleichzeitig ein Blasenstein, so kann die Litholapaxie und die Bottini'sche Operation in einer Sitzung ausgeführt werden. Die komplette Prostatektomie soll nur in solchen Fällen, wenn noch keine Komplikationen vorhanden sind, die Operation der Wahl sein. Die Mortalität derselben beträgt 5—7%. Bei schwachen, alten Leuten, und bei Vorhandensein sekundärer Folgezustände beträgt die Mortalität 15—18%. Wenn die Blase weit vorgeschrittene Entzündungszustände aufweist, soll nur die suprapubische Drainage in Anwendung kommen. In 90% der Fälle kann die Drüse mit Leichtigkeit auf dem perinealen Wege entfernt werden, welcher somit die Operation der Wahl darstellt. Die suprapubische Prostatektomie ist sicherer, wenn man sie mit einer perinealen Drainage kombiniert. Die partielle suprapubische Prostatektomie ist indiziert, wenn ein klappenartiger Lappen vor dem Orificium int. liegt, oder wo nur ein Lappen der Prostata hypertrophiert ist. Die Kombination der suprapubischen und perinealen Prostatektomie ist dann am Platze, wenn eine enorme Hypertrophie der Seitenlappen und ein tumorartiger Mittellappen vorhanden ist. Die Prostatektomie ist naturgemäß bedeutend gefährlicher als die Bottini'sche Operation, auch dauert die Nachbehandlung bei ersterer länger. — (New-York medical Journal, 20. August 1904.)

Viktor Blum.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Zur Abortivbehandlung der akuten Gonorrhöe. Von S. Bettmann.

Die Abortivbehandlung der Gonorrhöe wird immer ihre Vertreter finden, weil es sich darum handelt, bei relativ geringer Gefährdung des Kranken unter Umständen erhebliche Vorteile für ihn zu erringen. Der Argentum nitricum-Methode und ebenso auch dem Janet'schen Verfahren hafte aber nach dem Autor diese Gefährdung in so hohem Grade an, daß er sich — wie auch Blaschko — einer anderen Methode zuwandte.

Als Mittel, seine Abortivwirkungen zu erzielen, diente ihm das Protargol, dessen Nutzen in Form der 20%igen Glyzerinlösungen in der Prophylaxe der Gonorrhöe ja zweifellos geworden sei. Wenn vereinzelt über starke Reizungen durch diese Lösungen geklagt wird, so habe wohl Jesionek recht, wenn er sie auf das Glyzerin zurückführe; sie ließen sich daher vermeiden, wenn man statt der Glyzerinlösungen wässerige verwendet. Der Autor selbst benützt für seine Zwecke Lösungen des Protargols in Glyzerinwasser (10 Protargol: 45 Wasser, nach der Lösung auf 100 mittels Glyzerin ergänzt). Er will das Glyzerin eben wegen seiner Reizwirkung nicht missen, da es sich auch darum handle, eine stärkere seröse Transsudation anzuregen, die mit ihrem Flüssigkeitsstrome etwa bereits tiefer eingedrungene Gonokokken wieder auf die Oberfläche schwemme. Ursprünglich wurde das Präparat in Form von Injektionen verwendet, jetzt zieht der Autor die Auspinselung

Digitized by Google

der Urethra vor, ebenfalls wegen der rein mechanischen Nebenwirkung, sowie wegen der Möglichkeit der genauen Lokalisation. Zur Pinselung verwendet er Haarfederkielpinsel, bei denen der obere Teil des Kieles durch eine Gummikappe gedeckt ist, so daß jede Läsion der Harnröhre ausgeschlossen erscheint. Der Pinsel ist nur einmal zu verwenden. Die Pinselung, die sich höchstens auf die Tiefe von 6—8 cm erstreckt, wird mehrere Tage hintereinander ausgeführt, sehr gut vertragen; mehr als sechs Pinselungen wurden nicht vorgenommen.

Bezüglich der Auswahl der Kranken gilt folgendes: Es müsse sich um die erstmalige Infektion handeln, der Zeitpunkt der Infektion dürfe nicht mehr als 3—5 Tage zurückliegen, es dürfe zur Zeit keine Komplikation (kein Oedem, kein blutiges Sekret, keine Urethritis posterior) bestehen, es dürfe auch keinerlei Therapie vorausgegangen sein, und endlich sei in jedem Falle vorerst der Gonokokkennachweis durchzuführen. Das Beobachtungsmaterial des Autors besteht aus 42 Kranken, von denen bei 20 die Abortivmethode sich bewährte, bei 15 negativ verlief, während bei 7 das Resultat zweifelhaft erscheint (weil sie sich der mindest durch zehn Tage nach Abschluß der Behandlung fortgesetzten Beobachtung entzogen). Dieses Heilresultat ist sicherlich günstig zu nennen und wird nach dem Autor ohne große Beschwerde für den Kranken erreicht; der ersten Auspinselung folge eine ziemlich intensive dünnflüssige Sekretion, ohne Schmerz, das erste und zweite Urinieren sei mit etwas Brennen verbunden; schon am zweiten Tage sei die Sekretion auffallend gering, die späteren Pinselungen regen sie kaum mehr an, in einigen Fällen entwickle sich überhaupt keine eiterige Sekretion. Kommt es zu stärkerer Eiterung, so spreche das — zwar nicht unbedingt — eher für ein Mißglücken des Verfahrens; aber auch in solchen Fällen sei ein Rückgang möglich. Nach Aussetzen des Verfahrens dürfen weder Sekret, noch Gonokokken vorhanden sein. Jene Fälle, die mißlingen, lassen sich in zwei Gruppen sondern, entweder es führt die Pinselung zu stärkerer Eiterung, die durch jede weitere Pinselung noch erhöht wird, während reichlich Gonokokken im Sekret sind, in solchen Fällen ist die Therapie sofort abzubrechen, oder es besteht nach einigen Pinselungen keine oder nur eine minimale Sekretion, die Therapie wird ausgesetzt, aber nach wenigen Tagen ist gonokokkenführender Eiter da. Betont muß aber werden, daß auch diese negativen Fälle sich gegenüber der späteren Therapie sehr günstig verhalten. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 43, 1904.)

D.

Grundsätze der Syphilisbehandlung. Von H. Hallopeau.

„Den Krankheit erzeugenden Mikroben zu töten, die Wirkung seiner Toxine zu vernichten, die Affektionen zu heilen, die sich zugesellt haben, desgleichen die Nachkrankheiten, die sie erzeugen, die erbliche Uebertragung zu hindern und den Körper gegen ihre Einwirkung widerstandsfähig zu machen, das sind die großen Aufgaben, die der Arzt gegenüber der Syphilis zu erfüllen hat."

Diesen Zwecken entsprächen die beiden spezifischen Medikamente Quecksilber und Jodkali, denen nicht allein auf die Symptome der Krankheit, sondern auch auf den ursächlichen Erreger Wirkung zukomme. Der Kampf gegen den Mikroorganismus müsse schon in den Anfangsstadien der Erkrankung beginnen, also bereits am Gebilde des harten Schankers. Am besten erfolge hier die Exzision, sie sei bloß dann zu unterlassen, wenn sie sich wegen ihres Sitzes (z. B. an der Glans) verbiete. Daran möge sich auch noch die Exstirpation der Leistendrüsen anschließen, nicht etwa in der Meinung, dadurch einen abortiven Verlauf der Krankheit zu erzielen, wohl aber würden hiedurch die Folgeerscheinungen gemildert. Wo die Exstirpation unterbleibe, müsse der Lokalbehandlung mit Quecksilber- oder Jodpräparaten der erste Platz gewahrt bleiben, insolange nicht irgend eine Komplikation eine Gegenanzeige biete.

Gleichzeitig mit den lokalen Maßnahmen habe die Allgemeinbehandlung zu

Digitized by Google

beginnen; man tue unrecht, mit dem Eingreifen bis zum Auftreten der Sekundärerscheinungen zu warten. Weiters müsse die Behandlung, beziehungsweise der Kampf gegen den Mikroorganismus während der ganzen voraussichtlichen Zeit seiner Wirksamkeit andauern, die Dauer der Behandlung sei demnach mit Fournier auf vier Jahre zu bemessen — vorausgesetzt, daß sich nicht etwa später noch Erscheinungen zeigen. Dabei müßten die Kuren nicht nur intensiv, sondern auch kontinuierlich sein; freilich könne man oft nicht bestimmen, ob die Krankheit noch fortbestehe, aber bei der Unschädlichkeit der spezifischen Behandlung auf der einen Seite und der möglichen Gefahr einer fortbestehenden Infektion auf der anderen Seite, sei es besser, den Kampf auch gegen einen nicht mehr existierenden Feind fortzuführen, als die ruhenden Mikroorganismen eventuell ungestört zu lassen. Wenn die Zeit gekommen sei, wo der Fortgebrauch des Quecksilbers mit Recht oder Unrecht als schädlich angesehen werde, müsse Jodkali an seine Stelle treten, dessen Verabreichung nicht angreifend sei; nach einem Monat Jodkalitherapie folgen wiederum zwei Monate Quecksilber und mehr u. s. w. Mit der Allgemeinbehandlung müsse die lokale Behandlung auch weiter Hand in Hand gehen, es müßten hiebei die Lokalisationen der Mikroorganismen direkt angegriffen werden; darum seien für ausgebreitete Syphilide ausschließlich Quecksilberbäder, für lokalisierte Quecksilberpflaster anzuwenden, auch Schleimhautaffektionen müßten mit Quecksilberpräparaten behandelt werden und bei Affektionen des Rückenmarkes seien intraarachnoidale Einspritzungen zu machen etc. Für die lokale Behandlung soll hauptsächlich von leicht löslichen Präparaten Gebrauch gemacht werden, für die Allgemeinbehandlung kommt das metallische Quecksilber sowohl in seinen schwer löslichen als auch leicht löslichen Verbindungen in Betracht. In der späteren Periode der Syphilis ist der Jodbehandlung der größere Anteil einzuräumen. Was die Nachkrankheiten anlangt, so redet der Autor der möglichsten Frühbehandlung der Tabes mit Hg. das Wort. Andere Nachkrankheiten sind je nach der Art chirurgisch, intern u. s. w. zu behandeln. Den Kampf gegen die hereditäre Syphilis betreffend, gelten für das syphilitische Kind dieselben Regeln, wie für Erwachsene. Schließlich gibt der Autor der Erwartung Ausdruck, daß der Tag nicht mehr fern sei, wo es gelingen werde, mittels eines Impfstoffes die Krankheit abortiv zu behandeln. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38, 1904.) D.

Zur Diagnose und Behandlung der Azoospermie. Von C. Posner und J. Cohn.

Die Bedeutung der Azoospermie, die Erkenntnis ihres Ursprunges in dem Vorausgehen beiderseitiger Epididymitis, hat auch die Wichtigkeit der Trippererkrankung in ein ganz neues Licht gerückt, und es haben namentlich die Bemühungen Fürbringers die Erkenntnis der auf Obliteration der Nebenhoden beruhenden Azoospermie sowohl in therapeutischer, als diagnostischer Hinsicht gefördert. Neuerdings sei hervorgehoben, daß die Azoospermie symptomlos verläuft, d. h. daß einerseits Symptome von Seiten der narbig verengten Stelle des Nebenhodens fehlen, anderseits aber auch die Potentia coëundi ungeschwächt fortbesteht. Die Diagnose der Azoospermie ist nur mit dem Mikroskop möglich. In der Regel kommt der Arzt zu dieser Untersuchung, wenn der Gynäkologe bei steriler Ehe mangels irgend eines Befundes bei der Frau den Mann veranlaßt, seinerseits den Andrologen aufzusuchen. In vielen Fällen ist es möglich, das Untersuchungsmaterial, dessen Beschaffung ja einen etwas heiklen Punkt bildet, durch Expression der Samenblasen zu gewinnen. Anamnese und örtlicher Befund — das heben die Autoren hervor — lassen bei Azoospermie sehr häufig im Stich, die Kranken wissen sehr oft nicht einmal, daß sie eine einseitige, geschweige denn eine doppelseitige Hodenentzündung durchgemacht haben. Interessant ist, daß unter den Fällen der Autoren sich auch einer findet, wo die Obliteration der einen Seite auf Gonorrhöe, die der anderen auf Mumps zurückgeführt werden mußte.

Digitized by Google

Die narbigen Residuen hatten in der Regel ihren Sitz im Schwanze des Nebenhodens, die Hoden fanden sich fast stets, auch nach jahrelanger Dauer der Affektion, von normaler Größe. Bezüglich eventueller Heilungsaussichten handelt es sich in erster Linie um die Feststellung, ob der Hoden noch Samenfäden produziert. Das läßt sich — wenn im Sekret nie Spermatozoen gefunden wurden — durch die diagnostische Hodenpunktion, welche die Autoren an Stelle der von Fürbringer vorgeschlagenen „chirurgischen Revision" setzen, insofern feststellen, als der positive Befund sicher beweisend ist, während der negative die Möglichkeit der Spermaproduktion keineswegs ausschließt. Wenn man nun mit Sicherheit Spermatozoen nachweist, könnte man durch irgend ein operatives Verfahren, nach Art, wie es Fürbringer vorschlug, erwarten, die Azoospermie zu beseitigen? Tatsächlich haben Tierversuche die technische Möglichkeit erwiesen, das Vas deferens direkt in die im Kopf des Nebenhodens befindlichen Samenkanälchen einzupflanzen und so einen neuen bleibenden Weg herzustellen, und in Amerika wurden bereits einige Fälle von durch Epididymitis bewirkter Azoospermie durch Operation beseitigt. Die Autoren selbst haben bisnun in sechs Fällen diese subtile Operation ausgeführt, sei es durch Herstellung einer Anastomose, sei es durch Einpflanzung in die eröffneten Kanäle. Die Operation ergab in allen Fällen reaktionslose Heilung, aber der funktionelle Erfolg stellte sich nicht ein; vielleicht deshalb, weil in so veralteten Fällen, wie sie zur Operation kamen, es sich nach Ansicht der Autoren um das Fehlen der vis a tergo handle, die das Hodensekret in die neuen Wege treiben sollte. Zweifellos gibt die Wichtigkeit des Gegenstandes die Berechtigung, jedes nur denkbare Mittel zu versuchen, um der dauernden Azoospermie zu begegnen, und die Operation hat sicher umso eher Aussicht auf Erfolg, je früher die Möglichkeit hiezu geboten wird. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29, 1904.) D.

Dermatologie.

Ueber die Verwendung des 30%igen Wasserstoffsuperoxyd von Merck in der Dermatologie. Von Dozent Dr. W. Scholtz.

Bei der Behandlung ulzeröser und speziell gangränöser Prozesse der Haut hat Sch. die antiseptische und wundreinigende Fähigkeit des Präparats mit befriedigendem Erfolge auszunützen vermocht. Die Applikation der reinen oder schwach verdünnten Lösung (1 : 2—1 : 3) erfolgt durch Aufpinseln, resp. Auswischen der affizierten Flächen, eventuell in Form von Umschlägen (in einer Verdünnung von 1:50 bis 1—100). Besonders aber rühmt Vf. den Wert des Mittels bei Schleimhautaffektionen ulzeröser und hyperplastischer Natur, wobei die direkte Auftragung der konzentrierten Lösung oder die Spülung von verdünnten Solutionen von Nutzen sei (Stomatitis, Leukoplakie). Bei Ephalliden, Pigmentmälern, Psoriasis und anderen Alterationen sah Vf. keinen oder nur kaum nennenswerten Erfolg.

In umfangreichen Explorationsreihen haben wir uns zu überzeugen vermocht, daß dem in der Retetiefe abgelagerten Pigment mit der Wasserstoffsuperoxydapplikation auf keine Weise beizukommen ist, und können von dieser Stelle aus alle einschlägigen Versuche als fruchtlos bezeichnen, dies umso nachdrücklicher, als therapeutische Optimisten (wobei Sch. selbstverständlich ausgenommen ist) die Verbindung nach der Richtung hin zu wiederholtenmalen gerühmt haben. (Ref.) — (Arch. f. Derm., Bd. 71, H. 2 u. 3.) N.

Augenheilkunde.

Die Kurzsichtigkeit, ihre Entstehung und Bedeutung. Von Stilling.

Die Kurzsichtigkeit ist kein neuzeitliches Kulturprodukt, sondern sie war den alten Griechen schon wohl bekannt. Aristoteles beschäftigte sich mit den Fragen, warum die Myopen blinzeln und warum sie eine kleine Handschrift schreiben. Auch bei den Römern war die Kurzsichtigkeit etwas allgemein bekanntes und unterscheiden die römischen Schriftsteller zwischen

Digitized by Google

einer Myopia ex natura und einer Myopia ex morbo; unter der letzteren verstanden sie alle Arten von Schwachsichtigkeit. Galenus hat bereits eine eigene Theorie der Kurzsichtigkeit aufgestellt. Die alten Aerzte nehmen an, die Kurzsichtigkeit entstehe durch angestrengtes Studium — durch „legere minuta superflue". Entgegen der Ansicht sämtlicher ophthalmologischer Schulhygieniker unserer Zeit, welche in ungünstigen äußeren Verhältnissen (Beleuchtung, Subsellien, Körperhaltung, Ueberbürdung im Studienplan u. dgl.) die Ursachen der Kurzsichtigkeit suchen, vertritt nun Stilling auf Grund der oben in Kürze erwähnten und nach seiner Ansicht sehr leicht weiter durchführbaren historischen Daten und auf Grund seiner Studien eine zwar sehr geistreiche, bisher jedoch von den wenigsten angenommene Ansicht: die Kurzsichtigkeit ist durch Nahebeschäftigung, speziell durch die besondere Art der Augentätigkeit beim Lesen und Schreiben bei hiezu disponierten Individuen bedingt. Die Disposition ist in den anatomischen Verhältnissen des Schädelbaues, resp. des Baues der Gesichtsknochen und insbesondere der Augenhöhle gegeben. Stilling kritisiert die Untersuchungen H. Cohns und meint:

„Alle diese Tatsachen sprechen nicht dafür, daß es die äußeren Verhältnisse sind, welche bei einer bestimmten Art der Nahearbeit Kurzsichtigkeit hervorbringen, sondern daß es diese Art der Nahearbeit selbst ist und muß hiezu eine bestimmte Anlage vorhanden sein. Fehlt diese Anlage, so mögen die äußeren Verhältnisse noch so ungünstig sein, die Anforderungen an die Arbeitsleistungen noch so groß sein, so entsteht doch keine Kurzsichtigkeit; ist die Anlage aber vorhanden, so entsteht sie bei noch so günstigen äußeren Umständen."

Es würde zu weit führen, hier die ganze Theorie Stillings auseinanderzusetzen; es mögen folgende kurze Bemerkungen genügen.

Lesen und Schreiben und alle übrigen Nahearbeiten, welche an das Auge dieselben Anforderungen stellen, wie Lesen und Schreiben, bedingen bei hiezu Disponierten dadurch Kurzsichtigkeit, weil das Auge bei dieser Art der Beschäftigungen den ganzen Mechanismus des Abwärtsdrehens in Aktion setzt. Das Abwärtsdrehen geschieht hauptsächlich durch den Musculus trochlearis. Derselbe inseriert sich nun nach den Untersuchungen Stillings verschieden, je nach der Höhe der Augenhöhle und da diese genetisch vom Bau der Gesichtsknochen abhängt, indem die niedrigen und breiten Augenhöhlen sich vorzugsweise bei den Breitgesichtern (Chamäprosopie), die hohen und schmalen Augenhöhlen dagegen vorwiegend bei den Langgesichtern (Leptoprosopie) finden, ist die ganze Disposition zur Kurzsichtigkeit rein anatomischer Natur, also eine Rasseneigenschaft. Alle Muskeln drücken auf das Auge, der Trochlearis gibt die entscheidende Richtung dieses Gesamtdruckes, deren Folge die Form des Auges und somit auch die Refraktion des Auges ist, da das Längsauge ein myopisches, das Kurzauge ein emetropisches, resp. hypermetropisches ist.

Die statistischen Daten der Untersuchungsergebnisse der ophthalmologischen Schulhygieniker — der Gegner Stillings — bespricht dieser in der ihm eigenen scharfen Weise und benützt sie geradezu zur Unterstützung seiner eigenen Theorie, die da lautet:

Die äußeren hygienischen Verhältnisse kommen als ganz nebensächliche unterstützende Momente vielleicht in Betracht. Bei der fürs Lesen, Schreiben und derartigen Nahearbeiten ist eine Abwärtsdrehung des Auges notwendig. Die ausgiebigste Richtung bei dieser Abwärtsdrehung gibt der Trochlearis. Der letztere inseriert sich nun verschieden, je nach dem anatomischen Bau der Knochen der Orbita und bedingt so das Längsauge, resp. das Kurzauge.

Der anatomische Bau der Schädelknochen, resp. Gesichtsknochen ist verschieden je nach Rasse und diese Verschiedenheit bedingt in erster Richtung die Entstehung der Myopie. — (Samml. v. Abhandl. a. d. Gebiete d. pädagog. Psychologie u. Physiologie, Bd. VI, H. 3, 1903.)

Dr. Jänner.

Digitized by Google

Kinderheilkunde.

Zur Frage der Buttermilchernährung.[1])

Vortrag von Cantrowitz in der 18. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westphälischer Kinderärzte.

Autor hat auf Grund der verschiedentlich in der Literatur aufgetauchten Behauptungen, daß die Buttermilch Rhachitis mache (Teixeira, Kobrak, Rommel), von 100 Buttermilchkindern diejenigen, welche mindestens zwei Monate bis zu einem Jahre und darüber die Kost erhalten haben, auf Rhachitis untersucht. Er fand unter 37 Fällen zehnmal Rhachitis, deren Entstehen aber mit ebenso großer Wahrscheinlichkeit noch auf andere Ursachen (unzweckmäßige Ernährung nach Aufhören der Buttermilchfütterung, durchgemachte akute Infektionskrankheiten, Erblichkeit, ungünstige häusliche Verhältnisse) zurückgeführt werden kann. Er warnt daher dringendst davor, bis durch weitere langjährige Untersuchungen an einem großen Material die Frage völlig geklärt ist, die in geeigneten Fällen so überaus günstig wirkende Nahrung durch Behauptungen, welche zum Teile nur auf Laborationsversuchen fußen, in Mißkredit zu bringen.

Bezüglich des üblichen Mehlzusatzes zur Buttermilch kommt Vf. zu folgenden Schlüssen: Mehlzusatz zur Buttermilch ist nicht unbedingt erforderlich, kann unter Umständen (z. B. bei Insuffizienz der Stärkeverdauung) sogar zu Darmstörungen Anlaß geben. Zur Vermeidung des klumpigen Gerinnens der mehlfreien Buttermilch erhitze man letztere besonders im Anfang langsam auf gelindem Feuer unter beständigem Umrühren. Eine schlechtere Verdaulichkeit der mehlfreien gegenüber der mit Mehl angereicherten Buttermilch besteht nicht. Je nach der Art der vorausgegangenen Darmstörung (Insuffizienz der Fett- und Stärkeverdauung) hat man nach Reparierung derselben durch Buttermilch die Wahl eines etwaigen Mehl- oder Rahmzusatzes in der Hand. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 10, H. 5.) Nrth.

[1]) Ueber Zubereitung der Buttermilch siehe frühere Referate dieser Zeitschrift. Ref.

Zahnheilkunde.

Accidentia bei der Zahnextraktion und Behandlung derselben.

Von R. Weiser.

Atypische Extraktionen erfordern ein reichhaltiges Instrumentarium und mitunter recht komplizierte Eingriffe. Zur Entfernung irregulär vor oder hinter dem Zahnbogen stehender Zähne verwendet man Zangen mit einer normalen und einer sehr schmalen und dünnen Branche, welche in das enge Interstitium zwischen den Nebenzähnen eingeführt werden kann. Um tief frakturierte Wurzeln zu entfernen, geht man in folgender Weise vor: Das Operationsfeld wird durch Kokain-Adrenalin anästhesiert und anämisiert. Man durchtrennt auf der fazialen Seite des Alveolarfortsatzes, Schleimhaut und Periost mit dem Skalpell und befestigt den abpräparierten, rechteckigen Lappen mit einem Seidenfaden an dem rückwärtigen Nachbarzahn. Mittels Hammer und schmaler Meißel, eventuell unter Zuhilfenahme der Bohrmaschine wird die faziale Platte des Alveolarfortsatzes entfernt und die nunmehr freiliegende Wurzel losgehebelt. Derartige Schwierigkeiten treten am häufigsten bei den unteren Backen- und Mahlzähnen auf. Vf. spricht sich gegen die Resektionszangen aus, welche dazu bestimmt sind, Stücke der Alveolarwände mitzuentfernen, weil diese Instrumente hochgradige Quetschungen und Zerreißungen der Gewebe erzeugen und die Nachbehandlung ungünstig beeinflussen. Manchmal gelingt die Entfernung der Wurzeln eines frakturierten, mehrwurzeligen Zahnes erst dann, wenn man die Wurzeln durch einen dünnen Sägebohrer voneinander isoliert oder die hindernden Partiellen des Kieferknochens (Processus alveolaris und Septa alveolaria) fortgestemmt oder weggebohrt hat. Große Schwierigkeiten bietet mitunter die Extraktion der Weisheitszähne. Die oberen kann man, wenn sie schief durchgebrochen sind, nur unter der Leitung des Spiegels und bei sehr guter Beleuchtung schonend entfernen. Für die Extraktion unterer Weisheitszähne ist, wenn Dekubitalgeschwüre am Zahnfleisch oder phlegmonöse Entzündungen aufgetreten sind, eine

Digitized by Google

mehrtägige Vorbehandlung (Desinfektion der geschwürigen Zahnfleischtasche, Ausschaltung der kranken Kieferhälfte von der Artikulation) nötig. Sind die entzündlichen Erscheinungen und die Kieferklemme gewichen, so legt man den Zahn durch Spaltung oder Abtragung des Zahnfleisches, eventuell durch Abbohren des Knochenbettes frei und entfernt ihn mit einem Hebel. Sehr wichtig ist gute Assistenz zum Abziehen der Wange, Abtupfen des Blutes, Auseinanderhalten der Wundränder u. s. w. Die Narkose ist bei der atypischen Extraktion nicht zu empfehlen, da sie die Operation häufig stört und noch schwieriger gestaltet, mit Kokain oder Kokain-Adrenalin kommt man ganz gut aus. Größere Weichteillappen werden genäht, die Wunde mit Jodoformgaze leicht tamponiert. Gegen den Zahnlückenschmerz bewährt sich Orthoform besonders gut. Der Wundverlauf muß genau überwacht, der Mund während dieser Zeit sorgfältig rein gehalten werden. — (Oesterr.-ungar. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., April 1904.) R. Kronfeld.

Pharmakologie und Toxikologie.

Phosphorvergiftung. Von Dr. Vaclav Plavec.

Vf. behandelt akute Phosphorvergiftungen folgendermaßen: Enthält der Magen noch grobe Speisereste, so daß bei der Spülung Stockungen zu befürchten sind, so wird zuerst Cupr. sulfur. als Brechmittel gegeben. Nun folgen Magenspülungen mit lauwarmem Wasser, dann reichliche Spülungen mit einer 0·2%igen Kalipermanganatlösung und dann wiederum Spülungen mit warmem Wasser, bis es ungefärbt abläuft. Hierauf ein Laxans, am vorteilhaftesten Infus. fol. Sennae 10 : 150 und gleichzeitig ein hoher Einlauf. Bei Kollaps und Herzschwäche Exzitantien (Kognak, Kaffee, Aether, Kampfer, Baldrian), später Natr. bicarbonic. und bei eintretendem Appetit reichliche Eiweißkost. Falls die Magenspülung nicht möglich ist, gibt Plavec innerlich Kal. permangan. (0·2 : 200, zweistündlich zwei Eßlöffel), nachdem der Magen vorher durch Cupr. sulfur. entleert ist. Bei frischen, wie älteren Intoxikationen achte man zuerst stets darauf, daß der Magen entleert wird und gebe dann Kal. permangan., sowie Abführmittel und Klystiere. — (Wien. med. Presse Nr. 16, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Zur Kenntnis der Strophanthuswirkung. Von Dr. G. Günther. (Tierärztliche Hochschule in Wien.)

Vf. stellt die Resultate seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Strophanthus ist für Säuger ein reines Herzmuskelgift und tötet durch diastolischen Herzstillstand.

2. Die Vergiftung führt zu charakteristischen Aenderungen in Puls und Blutdruck, von den durch Digitalis herbeigeführten hauptsächlich durch das Ausbleiben der Vagusreizung unterschieden.

3. Strophanthus besitzt eine gefäßkontrahierende Wirkung, welche, schwächer als die der Digitalis, das Gesamtbild der Vergiftung wenig beeinflußt.

4. Strophanthus besitzt eine spezifische Wirkung auf das Brechzentrum.

5. Als Gegengift käme einzig und allein die künstliche Atmung in Betracht; die Anwendung von Exzitantien ist ebenso ohne Einfluß, wie Morphium und Chloralhydrat. — (Therap. Monatsh., Juni 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Ueber die Bereitung von Kreosotal-Emulsionen. Von Mag. Pharm. Hans Helch.

Die bei Kreosotal-Emulsionen oft auftretende Rotfärbung wird durch die Einwirkung der im arabischen Gummi in reichlicher Menge vorhandenen Oxydase hervorgerufen. Die Zerstörung dieser Oxydase gelingt ohne Nachteil der Emulsion nur durch Erhitzen der fertigen Arznei, oder eines konzentrierten sogenannten Linktus, auf 80—90° C. im Wasserbad oder im Dampfstrom. Eine auf diese Weise hergestellte Kreosotal-Emulsion hält sich wochenlang, ohne im geringsten Neigung zum Zersetzen zu zeigen.

Zur Darstellung einer weißen und haltbaren Emulsion verfährt man derart, daß 10 g Gummi arab. in 15 g Wasser gelöst

Digitized by Google

werden. Erst dann wird durch Zusatz von 20 g Kreosotal emulgiert. Dann wird allmählich der Rest des Wassers in ganz kleinen Portionen zugefügt. Haltbar wird, wie oben erwähnt, die Emulsion nur durch Erhitzen auf 80—90° C. — (Pharm. Praxis Nr. 305, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Morphin und Atropin als gegenseitige Antidota.

Atropin und Morphin bilden insofern Gegensätze, als sie gegenseitige Antidota vorstellen. Als Illustration hiezu berichtet Dr. B. Raaf-Bonn über zwei Fälle. Im ersten hatte ein $2^1/_2$jähriger Knabe Morphiumtropfen in die Hände bekommen und hievon eine gehörige Dosis verschluckt. Nach subkutaner Injektion von 0·0003 Atropin. sulf. gingen die Intoxikationssymptome zurück. Am folgenden Tage war der Knabe wieder hergestellt.

Der zweite Fall betraf einen dreijährigen Knaben, der von einer Atropinlösung getrunken und eine vollständige Atropinvergiftung davongetragen hatte. Nach Injektion von 0·003 Morphin. mur. waren nach kurzer Zeit alle Intoxikationserscheinungen verschwunden. — (Die Therapie d. Gegenw., Juli 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Ein Fall von Vergiftung mit „Schlaftee" mit tötlichem Ausgange. Von Dr. Oskar Köhl in Naila.

In ganz Süddeutschland, besonders aber in Bayern und der dazugehörigen Rheinpfalz, ist die Unsitte, den Kindern ein Dekoktum oder Sirupus Papaveris, als „Beruhigungstränklein" zu geben, groß und daher das augenblickliche Bestreben der Regierung, den Verkauf zu verbieten, durchaus gerechtfertigt. Nicht nur die unreifen, sondern auch die reifen Früchte enthalten in ihren Milchschläuchen Opium. Vf. teilt einen Vergiftungsfall durch einen Absud von Mohnköpfen mit, dem ein $^3/_4$jähriges, gesundes Kind zum Opfer fiel. Der Arzt wurde, wie dies in jener Gegend überhaupt üblich ist, erst nach 14 Stunden gerufen, als die Intoxikationssymptome bereits sehr ausgeprägt waren, so daß es nicht mehr gelang, den tötlichen Ausgang abzuwenden. — (Münch. med. Wochenschrift Nr. 30, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Haltbarmachung von Liqu. Alumin. acet.

Die essigsaure Tonerde trübt sich sehr leicht, bildet, besonders wenn sie warm aufbewahrt wird, Niederschläge und verliert dadurch viel von ihrer Wirksamkeit. Nach Angaben von H. Vörner (Med. Poliklinik, Leipzig) kann diesem Uebelstand durch einen Zusatz von Borsäure abgeholfen werden. Hiezu genügt schon ein Zusatz von $^1/_4$%. Die mit einem derartigen Liquor Aluminii acet. hergestellten Lösungen sind haltbar, der durch die Verdünnung gering gewordene Gehalt an Borsäure beeinträchtigt natürlich die Wirkung nicht, steigert sie sogar noch um einiges. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Zwei Fälle von Vergiftung mit Akonit. Von Dr. Kornalewsky, Kreisarzt in Querfurt.

Der Vf. beschreibt zwei Fälle von Akonitvergiftungen. Der erste Fall soll sich derart zugetragen haben, daß eine Frau versehentlich zur Bereitung von Selleriesalat die Knollen des wildwachsenden Aconitum Napellus (Sturmhut), also die offizinellen Akonitknollen verwandt und diesen giftigen Salat ihrem Manne vorgesetzt hat. Es traten sofort die typischen Symptome einer Akonitvergiftung ein, doch konnte Patient durch Auspumpen des Magens noch gerettet werden. Eine völlige Genesung war jedoch erst nach sechs Wochen eingetreten.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine homöopathische Tinktur, die — angeblich nach wenigen Tropfen — die Intoxikationserscheinungen auslöste. Auch in diesem Falle genas Patientin, eine Arbeiterfrau, jedoch ebenfalls erst nach langem Krankenlager.

In beiden Fällen traten die typischen Erscheinungen einer Akonitin-Intoxikation auf: Amblyopie, Mydriasis, starker Kollaps, Atemnot, Erbrechen, kardialgische Schmerzen, Salivation. Die Mitteilungen Kornalewskys sind insofern von besonde-

Digitized by Google

rem Interesse, als Akonitvergiftungen verhältnismäßig selten sind. Besonders der zweite Fall dürfte für die Homöopathen ein neuer Grund zur Vorsicht sein, da ja Akonit ein beliebtes homöopathisches Heilmittel selbst für Säuglinge ist. — (Zeitschrift f. med. Beamte Nr. 15, 1904.)
Dr. Springer, Breslau.

Ueber Theozinvergiftung. Von Eduard Allard.

Die Nachrichten über das Theozin, das synthetisch dargestellte Theophyllin, lauteten bisher stets günstig. Es wurde allgemein als brauchbares Diuretikum gerühmt, nur bemerkten einige Autoren das Nervensystem erregende Wirkungen. Nun veröffentlicht Allard zwei Fälle, in denen nach normalen Dosen ganz plötzlich epileptiforme Krämpfe und Bewußtlosigkeit eintraten. Die Krämpfe hielten fünf Minuten an, dann scheinbare Besserung, nach 10 Minuten Exitus. Die Symptome waren in beiden Fällen die gleichen: die Bulbi nach links gewendet, Schaum vor dem Mund. Sektionsbefund: Blutungen in der Magenschleimhaut. Da auch bereits von anderen Autoren ähnliche Fälle mit allgemeinen, epileptiformen Krämpfen beschrieben wurden, hält Allard nach den gemachten Erfahrungen die therapeutische Anwendung des Theozin nicht mehr für zulässig. — (D. Arch. f. klin. Med., Bd. 80, H. 5 u. 6.) Dr. Springer, Breslau.

Ueber Ausscheidung der Borsäure beim Menschen durch den Schweiß. Von Prof. Dr. Oskar Liebreich.

Der Kampf über die Schädlichkeit, beziehungsweise Unschädlichkeit der Borsäure und der Borsäurepräparate für den menschlichen Organismus will nicht zur Ruhe kommen. Während Rost und mit ihm das kaiserl. Gesundheitsamt sich dahin geäußert haben, daß die Borsäure ein pharmakologisch differenter Körper ist und daß dieselbe deshalb gefährlich sein könne, weil sie lange Zeit im Organismus verbleibt, bringt Liebreich neue Belege für das Gegenteil: die Ausscheidung durch den Urin erfolgte nach fünf, in einem Falle nach elf Tagen. Liebreich behauptet, daß ein großer Teil der Borsäure durch den Schweiß zur Ausscheidung gelangt und beweist dies an Versuchen, die sein Assistent und vier Studenten an sich vorgenommen haben. Die Betreffenden nahmen eine Stunde vor dem Bade je 0·5 g Acidum boricum in Wasser gelöst. Sie begaben sich dann in die Schwitzkammern, woselbst sie ungefähr eine halbe Stunde verblieben. Im Schweiße eines jeden trat die Borsäureäthylesterreaktion mit der grünen Flamme und die Rötung des Kurkumapapierstreifens ein. Liebreich sagt nun: „Wenn man bedenkt, daß ein halbstündiges Schwitzen die Reaktion in so deutlicher Weise auftreten läßt, so kann man wohl annehmen, daß ein nicht unbeträchtlicher Teil der Borsäure auch durch die Schweißdrüsen entleert wird und diese so gewissermaßen für die Nierensekretion eintreten." — (Therap. Monatsh., August 1904.) Dr. Springer, Breslau.

Urinuntersuchungen nach medikamentöser Behandlung.

Die Untersuchungen der dem Stadtkrankenhause zu Dresden entnommenen Proben, welche rein wissenschaftlichen Zwecken dienten, führten zu folgenden Ergebnissen:

Harn nach Jodbehandlung. Der Urin eines Kranken, der innerhalb 15 Tagen 140 cm^3 einer 50%igen Epijodinglyzerinspirituslösung perkutan bekommen hatte, enthielt in einem Liter 0·306 g Jod, derjenige eines anderen nach täglicher Verabreichung von 1·50—2 g Jodkalium in wässeriger Lösung = 0·379 g Jod.

Harn nach Arsenikbehandlung. Derselbe erwies sich als völlig frei von Arsen.

Harn nach Quecksilberbehandlung. Es sollte festgestellt werden, wieviel Quecksilber bei Einreibung von Hautkranken mit Sapo Calomel. moll. im Vergleich zu grauer Salbe im Urin abgeschieden wird. Nach 3-, 12- und 24maliger Einreibung konnte weder in dem Harn der mit Sapo Calomel. moll., noch der mit gewöhnlicher, offizineller, grauer Salbe Behandelten Quecksilber nachgewiesen werden.

Harn nach Silberbehandlung. In dem Urin eines Patienten, der

Digitized by Google

zwölf Tage lang täglich 3 g Kollargolsalbe in die Haut eingerieben hatte, war Silber nicht enthalten. — (Bericht des Chem. Untersuch.-Amtes der Stadt Dresden über das Jahr 1903.)

Dr. Springer, Breslau.

II. Diagnostik.

a) Mundhöhle und Rachen.

Eine als selbständig zu bezeichnende schwere Munderkrankung des ersten Säuglingsalters (die gangränöse Zahnkeimentzündung). Von Dr. N. Swoboda.

Es handelt sich um eine durch auffallende Symptome charakterisierte Krankheit, welche bisher nirgends Erwähnung gefunden hat. Das hervortretende Symptom dieser Krankheit ist die gangränöse Zerstörung des Zahnfleisches und die hierauf folgende Abstoßung von Zahnkronen bei Säuglingen, welche noch weit von der normalen Dentitionsperiode entfernt sind. Der Verlauf zeigt zweierlei Variationen:

1. Das die erkrankten Zahnkeime bedekkende Zahnfleisch stirbt in toto ab. In diesem Falle kommt es zu wachsartiger Verfärbung der gegen die Umgebung scharf abgegrenzten Partie, der Zusammenhang derselben mit dem Kiefer ist gelockert, so daß die abgestorbene Partie bei jeder Berührung federt, dann zerfällt dieselbe gangränös, wobei sie sich manchmal vorher als Ganzes abhebt und nach außen umgeklappt wird. In den bloßliegenden Alveolarhöhlen kommen, von Eiter und gangränöser Masse umgeben, die aus ihrer normalen Lage gehobenen Zahnkronen zum Vorschein. Dann fallen die Zahnkronen aus.

2. Die Gangrän des Zahnfleisches beginnt damit, daß dasselbe unter livider Verfärbung wulstig anschwillt. Hierauf bildet sich über einer Zahnkrone ein Geschwür, aus welchem sich das die Zahnkrone umgebende blutig eiterige Exsudat entleert. Der Zerfall des Zahnfleisches schreitet fort, bis ebenso, wie bei dem erstgeschilderten Verlauf, die gelockerten Kronen bloßliegen und ausfallen. Bei Uebergreifen des Prozesses auf den Kiefer besteht Foetor ex ore.

Die Prognose ist immer letal. Als ätiologische Momente kommen septische Infektionen in Betracht. — (Bericht über d. Verh. d. Ges. f. Kinderheilk. in Breslau, 1904; Jahrb. f. Kinderheilk.) Nrth.

b) Herz und Gefäße.

Herzkomplikationen bei Diphtherie. Von F. W. White und H. H. Smith.

Die auf 946 Diphtheriefällen basierende klinische Studie bringt folgende Resultate:

Herzgeräusche und Pulsirregularität gehören zu den häufigen Erscheinungen im Verlaufe der Diphtherie. Die Prognose hängt nicht lediglich von diesen ab, sondern vor allem von der Schwere der Infektion, der vor der Behandlung abgelaufenen Krankheitsdauer, der Hochgradigkeit der Pulsunregelmäßigkeit und den wichtigen sonstigen Symptomen der gestörten Herztätigkeit. Mäßige Alteration der Herztätigkeit kommt oft vor, schwere derartige Komplikationen selten.

Häufige Untersuchungen des Herzens sind unerläßlich mit Rücksicht auf den vorkommenden raschen Wechsel des Befundes. Galopprythmus, Erbrechen, Schmerz im Epigastrium und Schwächegefühl sind als gefährliche Symptome der Herzkomplikationen anzusehen; die erstgenannten zwei machen die Prognose fast aussichtslos. Antitoxin beeinflußt das Herz nicht ungünstig, seine frühzeitige Anwendung verhindert im Gegenteil das Zustandekommen der Herzkomplikationen.

Besonders wichtig ist die häufige Untersuchung von Herz und Puls in der zweiten und dritten Woche, zur Zeit, da solche Komplikationen am häufigsten einsetzen. Bronchopneumonie ist eine gefährlichere Affektion im Verlauf der Diphtherie als Herzkrankheiten. Plötzlicher Herztod ist selten, wenn die Patienten entsprechend lange Bettruhe halten. Prolongierte Bettruhe ist in allen schweren Fällen notwendig, sie ist nicht in allen Fällen mit Herzgeräuschen und Pulsunregelmäßigkeit in-

Digitized by Google

diziert. Maßgebend ist vielmehr das Stadium der Krankheit und die Allgemeinverfassung des Patienten. Wenn innerhalb vier Wochen keine ernstere Störung der Herztätigkeit vorkommt, ist der Patient vor der Komplikation sicher.

Geräusche und Arrythmie von langer Dauer nötigen zur Beobachtung des Herzens noch lange nach der Rekonvaleszenz. — (Boston med. and surg. Journal, 20. Oktober 1904.) Nrth.

Der Herzventrikel als Ausgangspunkt von Extrasystolen. Von J. Mackenzie.

Ist der Herzmuskel übererregbar, so können Extrasystolen nicht, wie gewöhnlich, von den venösen Ostien, sondern vom Ventrikel aus ihren Ursprung nehmen. Namentlich bei Blutdrucksteigerung nach Ueberanstengung kommt diese übermäßige Reizbarkeit zustande. Der Puls wird vollkommen arythmisch, das Herz dilatiert sich sekundär. Ruhe und Narkotika, nicht etwa Kardiaka, sind hier am Platze. — (Brit. medic. Journal, März 1904.) E. H.

Ueber hereditäre, kongenitale Herzleiden. Von L. Ferranini.

Der bekannte Herzpathologe berichtet über Familien, in denen die Neigung zu Gefäß- und Herzerkrankungen sichtlich hervortrat. In drei Generationen (mit 42 Individuen) fanden sich in einem besonders krassen Falle 13 Herzkranke, acht Mitralstenosen; daneben allerdings auch Tuberkulose, Syphilis, psychische und nervöse Degeneration. Vf. stellt die Hypothese auf, daß die ererbten Angiokardiopathien der Ausdruck einer Dysgenesie des Mesenchyms seien. — (Zentr. f. M. Nr. 6, 1903.) E. H.

Ueber Herzuntersuchung. Von F. A. Hoffmann.

Daß für den, der gut perkutiert, die Perkussion des Herzens genug ergiebig ist, wird hier wieder einmal betont. Bei schlank Gewachsenen ist Dämpfung des unteren Sternums (von der Höhe des vierten Rippenknorpels) schon pathologisch, bei Untersetzten noch normal: das Herz liegt bei diesen auf dem ein wenig hochstehenden Diaphragma mehr quer und mehr vorne.

Das Fettherz zeigt gerne isolierte Abschwächung des ersten Spitzentons; das sogenannte Bierherz hingegen zeigt schwache Töne an der Herzbasis. Der (im Stehen untersucht) verstärkte zweite Spitzenton deutet auf erhöhten Blutdruck im großen Kreislauf. Ein auffällig schwacher erster Ton an der Spitze verlangt im allgemeinen nach Digitalis. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17, 1904.) E. H.

Ueber scheinbar Herzkranke. Von M. E. Barié.

Unter den zunächst Herzbeschwerden angebenden Patienten finden sich vielfach solche, deren Grundleiden Verdauungsstörungen, beginnende Tuberkulose, Neurasthenie und chronischer Tabakmißbrauch sind. Insbesondere bei kaum noch nachweisbarer Lungentuberkulose treten Herzklopfen und Tachykardie als prämonitorische Zeichen von diagnostischer Bedeutung auf. Das Masturbantenherz, Herzstörungen bei Tänien, im und nach dem Klimakterium, ferner reflektorisch bei weiblichen Genitalleiden sind gleichfalls im Auge zu behalten. — (Semaine médic. Nr. 6, 1903.) E. H.

Myom und Herz. Von L. Keßler.

Vf. berichtet über eine 54jährige Patientin, bei welcher er mittels Laparatomie ein kolossales Myom entfernte, das 60 Pfund wog und sich vom Fundus uteri subserös entwickelt hatte. Der Heilungsverlauf war zunächst ein ganz normaler, doch trat am siebenten Tage nach der Operation gelegentlich Aufsitzens im Bette plötzlich der Tod ein. Die klinische Diagnose auf Herztod wurde durch die Autopsie bestätigt, da trotz genauester Nachforschung kein Embolus gefunden werden konnte. Dagegen zeigte die mikroskopische Untersuchung des Herzmuskels ausgedehnte fibromatöse Entartung beider Vorkammern und der linken Herzkammer. Vf. ist der Ansicht, daß diese Herzaffektion als eine Folge der behinderten und erschwerten Blutzirkulation anzusehen ist und richtet das Mahn-

Digitized by Google

wort an die kompetenten Faktoren, in dieser Richtung entsprechende Nachforschungen anzustellen. Sollten die letzteren ergeben, daß sich im Anschluß an bestehende Uterusmyome wirklich Herzkrankheiten ausbilden, dann müßten, selbst wenn keine Blutungen bestehen, die Myome, sobald sie einmal diagnostiziert sind, entfernt werden. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 47, H. 1.)

Königstein.

c) Schilddrüse.

Ein bisher nicht beachtetes Symptom der Basedow'schen Krankheit. Von Dr. S. Jellinek in Wien.

Bereits früher haben Vf. und H. Rosin auf ein neues Symptom der Basedow'schen Krankheit aufmerksam gemacht, das sie seither weiter verfolgten. Es besteht in einer Pigmentierung der Augenlider. Diese ist bräunlich, gleich stark und diffus verteilt in der Haut des unteren und namentlich des oberen Augenlides. Die Verfärbung ist nach oben durch die Augenbrauen begrenzt, nach abwärts hört sie in der Höhe des Margo infraorbitalis auf. Die Konjunktiva ist nicht betroffen. Die Erscheinung gehört oft zu den Frühsymptomen und ist in Analogie zu setzen mit anderen Pigmentanomalien der Haut, wie sie bei Morbus Basedowii, Myxödem etc. aufzutreten pflegen. Weiters besteht zwischen Färbekraft und Eisengehalt des Blutes Basedowkranker eine auffällige Differenz, indem bei normaler Zahl der roten Blutkörperchen und herabgesetztem Eisengehalt der Hämoglobingehalt relativ erhöht erscheint. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 43, 1904.)

Rosenthal.

d) Magen und Darm.

Beitrag zur Bestimmung der Magengrenzen mittels Aufblähung. Von Dr. A. K. Sievert. (Aus der med. Klinik in Kiew; Prof. Wagner.)

Die Magengrenzen, welche durch Aufblähung des Magens mittels kleiner Gasmengen bestimmt werden, entsprechen fast genau den Grenzen, welche mittels anderer Untersuchungsmethoden, wie z. B. perkussorischer Palpation (Plätschergeräusch), Perkussion und Auskultation mittels Phonendoskops, bestimmt werden. Jedoch hat das Verfahren mittels Aufblähung mit kleinen Gasmengen noch große Vorzüge: Es gewährt die Möglichkeit, nicht nur die untere, sondern auch die rechte, und in Fällen von Magensenkung auch die obere Magengrenze zu bestimmen. In dieser Beziehung steht diesem Verfahren die sogenannte perkussorische Palpation nach, mit welcher letzteren man sich keineswegs begnügen darf, wenn man sich über die Lage des Magens, bezw. dessen Größe ein Urteil verschaffen will, da die perkussorische Palpation zwar genaue Angaben in Bezug auf die Lage der unteren Grenze, aber nicht die Möglichkeit gibt, sich hinsichtlich der Lage der oberen und rechten Grenze zu informieren. Die Bestimmung der rechten und oberen Grenze ist für die Diagnose der pathologischen Magenerweiterung, namentlich in den Anfangsstadien der Krankheit, nicht nur nicht von geringerer, sondern vielleicht sogar von größerer Bedeutung, als die Bestimmung der unteren Grenze (? Ref.). Vor dem Phonendoskop hat die Aufblähung noch den Vorzug, daß dieselbe, eine Schallveränderung bei der Perkussion erzeugend, die Möglichkeit an die Hand gibt, die Magengrenzen unmittelbar zu bestimmen, während die Untersuchung mittels Phonendoskops eine vorherige Orientierung über die Lage des Magens erheischt; sonst wird es unklar bleiben, auf welches Organ die wahrnehmbaren Schallveränderungen zu beziehen sind: auf den Magen oder auf den aufgetriebenen Darm. Ein weiterer großer Vorzug des Aufblähungsverfahrens ist, daß man mit Hilfe desselben die Magengrenzen auch im nüchternen Zustand, d. h. bei leerem Magen, feststellen kann, da der leere Magen keineswegs Gase so leicht entweichen läßt, und wenn dies stattfindet, so kann es nur in seltenen Fällen von Pylorusinsuffizienz geschehen. Die Magengrenzen, welche durch Aufblähung mittels großer Gasmengen gefunden werden, weichen bedeutend von denjenigen Grenzen ab, die mittels kleiner

Digitized by Google

Gasmengen bestimmt werden. Wenn man große Gasmengen einführt, bestimmt man nicht die wirklichen Grenzen, sondern die Grenzen des erweiterten und teilweise dislocierten Magens, was bei der diagnostischen Bewertung der Untersuchungsresultate schon sehr unerwünscht ist. Anderseits ist die Aufblähung mittels großer Gasmengen für die Diagnose der Gastroptose von ungeheurer Bedeutung, indem sie die Magenkonturen vollständig deutlich durch die Bauchdecken hervortreten läßt. — (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 10, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Ueber die Resorption gemeiner Eiweißkörper im Magendarmkanal neugeborener Tiere und Säuglinge. Von Prof. Dr. Ganghofer und Privatdozent Dr. J. Langer in Prag.

Im Magendarmkanal neugeborener Tiere wird das per os eingeführte körperfremde Eiweiß zum Teil unverändert resorbiert. Vf. konnten bei ihren Versuchstieren diese Eigentümlichkeit bis an das Ende der ersten Lebenswoche nachweisen, vom achten Tage ab wurde sie stets vermißt. Auch beim menschlichen Säuglinge ließ sich ein ähnliches Verhalten feststellen, möglicherweise dauert bei ihm dieser Uebergang von unverändertem Eiweiß in das Blut etwas länger. Der Magendarmkanal älterer Tiere läßt artfremdes Eiweiß bei stomachaler Einverleibung unter normalen Verhältnissen nicht durch. Findet jedoch eine übermäßige Eiweißzufuhr statt oder besteht eine anatomische, bezw. funktionelle Schädigung des Magendarmepithels, dann läßt sich auch bei älteren Tieren ein Uebergang von unverändertem Eiweiß in die Blutbahn konstatieren. Die Resorption unveränderten Eiweißes im Magendarmkanal löst Antikörperbildung aus. Erfahrungsgemäß führt dieser Prozeß als Folge parenteraler Eiweißzufuhr bei den Versuchstieren meist zu Erkrankung, immer zu Abmagerung, oft zu Tod. Von diesem Gesichtspunkte aus muß daran gedacht werden, daß die Zufuhr von körperfremdem Eiweiß beim normalen Neugeborenen wie beim magendarmkranken Säugling dadurch schädigend wirken kann, daß es unverändert ins Blut gelangt und die spezifische Reaktion des Organismus auslöst. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 34, 1904.) Dr. Fritz Loeb, München.

Ueber die Fälle von Ulcus ventriculi, die während der letzten Jahre im Royal Victoria-Hospital in Behandlung kamen. Von Dr. Cantlie in Montreal.

Vf. berichtet, daß in dieser Zeit unter 20.596 Patienten sich 85 Ulkusfälle befanden also 0·004%. Darunter bei 82 Frauen nur 3 Männer. Die Patienten standen im Alter von 17—70 Jahren, durchschnittlich zwischen 27 und 28. 8 Fälle waren noch nicht 20, 10 über 40 Jahre alt. Die Mehrzahl stand in der dritten Lebensdekade, alle Perforationen betrafen diesen Abschnitt. In 3 Fällen handelte es sich um traumatisches Ulcus ventriculi. In 78 Fällen bestanden als Hauptsymptom Schmerzen, in 67 Erbrechen, in 45 Hämatemesis, ausgesprochene Anämie in 45 Fällen. Die vorgekommenen 8 Perforationen wurden operiert und bis auf eine geheilt. Von den 85 Fällen wurden 2 letal; einer an Perforation und Peritonitis, einer an Hämorrhagie. — (Montreal Medical Journal, April 1903.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Ueber die Gefahren der Magenaufblähung mit Kohlensäure mit Bericht über drei Todesfälle. Von Dr. M. Behrend.

Vf. berichtet über drei tödliche Ausgänge von zu diagnostischen Zwecken vorgenommener CO_2 Aufblähung des Magens. Es waren jedesmal 3·75 g Natrium bicarbonicum in einem halben Glas Wasser, danach ebensoviel Acidum tartaricum, ebenfalls in Wasser, verabreicht worden. Der erste Fall betraf einen 68jährigen Patienten. Es bestand Erbrechen unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme, nie Bluterbrechen. Die CO_2 hatte augenscheinlich eine Ueberdehnung des Magens bewirkt, die unter Angstgefühl und fortgesetztem Erbrechen großer Blutmengen nach 20 Stunden zum Exitus führte. Bei der Autopsie fand sich ein Ulcus ad cardiam mit Berstung eines Gefäßes. Auch

Digitized by Google

im zweiten Fall — 73jähriger Mann — hatten die Beschwerden, die zur Aufblähung Veranlassung gaben, in Erbrechen nach der Mahlzeit, ohne Blutbeimengung, bestanden. Nach der CO_2 Aufblähung bekam der Patient einen Chok und starb am nächsten Tage. Keine Ueberdehnung des Magens. Carcinoma oesophagi ad cardiam. Im dritten Fall — 52jähriger Patient — hatten die Beschwerden nur in Magenschmerzen bestanden. Tod nach fünf Tagen. Carcinoma oesophagi. Vf. zieht aus seinen trüben Erfahrungen den Schluß, daß nur in peinlich untersuchten Fällen, die keine Kontraindikation bieten, von der CO_2 Aufblähung zu diagnostischen Zwecken Gebrauch gemacht werden soll. — (Philadelph. Med. News, Dez. 1903.)

Dr. Fritz Loeb, München.

e) Leber.

Beitrag zum Ikterus infectiosus epidemicus im Kindesalter. Von Dr. Hermann Flesch.

Die alte Theorie, daß der Icterus catarrhalis durch einen über das Duodenum in den D. choledochus fortgeleiteten Magenkatarrh zustande komme, also auf Gallenstauung und Gallenresorption beruhe, hat noch immer Anhänger und Gegner. Die Gallenstauung will Autor nicht in Abrede stellen, bezweifelt jedoch, daß der Ausgangspunkt jedes katarrhalischen Ikterus ein Magenkatarrh ist. Gegen diese Annahme spricht das Fehlen gastrischer Symptome in manchen Fällen, ganz besonders aber das öfters beobachtete epidemische Auftreten des Ikterus. Es scheint, daß die Ursache der Krankheit spezifischer Natur ist und daß sie ihre entzündungserregende Wirkung durch den Intestinaltrakt ausübt, vielleicht schon im Magen, eventuell aber öfters nur im Duodenum, oder sogar erst im D. choledochus. Bakteriologische Untersuchungen haben bisher kein einheitliches Ergebnis gebracht.

Vf. berichtet nun über eine 30 Fälle im Laufe von vier Monaten umfassende Epidemie, die in der Poliklinik des Budapester Stephanie-Kinderspitals zur Beobachtung kam. Die meisten Fälle standen im Alter von 3—7 Jahren. Wie ähnliche Beobachtungen, trat auch diese Epidemie im Herbst und anfangs des Winters in Erscheinung. Beinahe immer bestand initiales Fieber, gewöhnlich von 2—3tägiger Dauer, daneben Anorexie, Kopfschmerzen, selten Erbrechen. Die Intensität der Gelbsucht war nicht hochgradig, sie dauerte zwei Wochen, selten nur eine Woche. Der Stuhl war lehmfärbig, der Urin dunkel, gallehältig. Immer bestand Leber- und Milzschwellung. Retardierter Puls, Jucken und Kopfschmerz fand sich selten, dagegen häufiger Gliederschmerzen.

Was die Behandlung anbelangt, genügt Ordnung der Diät, Rheum., Natr. bicarbon., Magnesiumpulver oder Tct. Rhei etc. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 60, H. 5.)

Nrth.

f) Niere.

Der Schmerz bei der beweglichen Niere. Von Th. Tuffier.

Unter 100 Frauen weisen 20 eine Vorlagerung der Niere auf. In der Regel ist jedoch die Wanderniere eine Teilerscheinung der allgemeinen Enteroptose und diese wieder der Ausdruck einer „physiologischen Insuffizienz der Gewebe". Das Hauptsymptom der beweglichen Niere ist der Schmerz; derselbe ist in seinem Auftreten in seiner Heftigkeit, in der Lokalisation, in seiner Ausstrahlung, Dauer, in seiner zyklischen Form und seinen periodischen Intermissionen variabel. Die Haupttypen des Schmerzes sind 1. der Schmerz bei einer hydronephrotischen Wanderniere (Anfälle von Abknickung des Ureters mit Koliken) und 2. der Schmerz bei der einfachen Ektopie der Niere, der mit renaler Retention nichts zu tun hat.

Für beide Formen gilt als beste Therapie die Nephrorrhaphie, welche nicht nur dem Schmerz, sondern auch allen übrigen Komplikationen der Wanderniere von Seite des Magendarmkanals ein Ende setzt. Allerdings darf man dabei nicht vergessen, daß es sich häufig um allgemein neurasthenische Individuen handelt, deren Nervensymptome älter sind, als die Schmerzanfälle von Seite der ektopischen

Digitized by Google

Niere (Anästhesie des Pharynx, Einschränkung des Gesichtsfeldes etc.) Solche Kranke wird man durch die Operation wohl von ihrer Nephralgie befreien, kann aber bald durch das Auftreten einer Gastralgie, Enteralgie etc. überrascht werden.

Der Schmerz kann permanent und intermittierend sein oder anfallsweise auftreten. Der permanente Schmerz sitzt in der Regio lumbo-iliaca und strahlt häufig gegen den Leistenkanal, das Skrotum resp. die großen Schamlippen aus, manchmal gegen den Rippenbogen und gegen den rechten Arm. Dieser permanente Schmerz ist in der Regel nicht heftig, bloß ein unangenehmes ziehendes Gefühl, das durch Bewegungen und Erschütterungen gesteigert wird. Die Palpation derartiger Nieren ist in der Regel sehr schmerzhaft, ebenso die Reposition. Gewöhnlich entwickelt sich der Schmerz ziemlich langsam mit Ausnahme derjenigen Fälle, in denen man von einer traumatischen Wanderniere sprechen kann, wo nach einem Fall, einem Stoß auf den Bauch u. ä. ein plötzlicher Schmerz in der Flanke auftritt, der die Kranke nicht mehr verläßt. Allerdings müssen solche Wandernieren nicht erst durch das Trauma entstanden sein, es kann auch bloß der Schmerz in einer schon früher ektopischen Niere auftreten.

Der Schmerz in der Wanderniere unterscheidet sich in manchen Punkten vom Leberschmerz bei Cholelithiasis. Der letztere sitzt in der Regel viel höher unter dem Rippenbogen, irradiiert gegen den rechten Arm. Niemals kommt es beim Leberschmerz zu der unilateralen Parese der Armmuskulatur, wie sie beinahe konstant auf der Seite der Wanderniere konstatiert werden kann.

Eine sehr häufige Begleiterscheinung der Wanderniere ist die anfallsweise auftretende Enteralgie im Cökum mit deutlich palpabler Kontraktur des Blinddarmes, die sich auch mit membranöser Enteritis zu komplizieren pflegt. Die Differentialdiagnose von Perityphlitis ist in solchen Fällen oft sehr schwer und oft nur durch wiederholte Untersuchungen im anfallsfreien Intervall zu stellen. Beinahe konstant ist das Auftreten von Gastralgien, die durch Druck auf den Pylorus erklärt werden. Die Schmerzen im Uterus und in den Adnexen, die Neuralgien im kleinen Becken sind meist auf die gleichzeitig bestehende Retroflexio uteri zurückzuführen.

Die zweite Form des Wandernierenschmerzes sind die Anfälle — die „Nierenkrisen", die in verschiedener Form auftreten können, das sind lanzinierende Schmerzen in der Lendengegend, die häufig zur Zeit der Menstruation bestehen, interkostale, lumboinguinale Neuralgien. Alle übrigen Schmerzkrisen sind durch eine intermittierende Hydronephrose bedingt und gleichen vollkommen einer Nierenkolik ohne Abgang eines Steines. Diesen Schmerzanfall kann man häufig durch Reposition der Niere coupieren, worauf in der Regel eine abundante Entleerung eines klaren, wässerigen Harnes folgt. Sehr schwierig sind diese Anfälle einer Hydronephrose von Gallensteinkoliken mit Hydrops der Gallenblase zu unterscheiden. Der Sitz des Schmerzes, die Tumorbildung in der oberen Bauchgegend, sogar die Polyurie am Schlusse des Anfalles sind beiden Vorfällen gemein. In solchen Fällen wird nur die Untersuchung des von beiden Nieren getrennt aufgefangenen Urins die Diagnose sichern können. — (La Presse médicale, 9. November 1904.) Viktor Blum.

Beitrag zum Studium der Harnzylinder. Von Dr. G. Padoa. (Aus der med. Klinik in Florenz; Prof. Grocco.)

Vf. hat eingehende Studien über die verschiedenen Formen und Bedingungen der Zylindrurie gemacht und stellt eine Monographie über dieses Thema in Aussicht. Was die Beziehungen der Zylindrurie zur Albuminurie betrifft, so unterscheidet Vf. drei Möglichkeiten. 1. In manchen Fällen kommt im Urin Eiweiß selbst in beträchtlichen Mengen vor, ohne daß gleichzeitig Zylinder gefunden werden. In einem Falle des Vf. schied der Kranke zwischen $2^1/_2$—$3^0/_{00}$ Eiweiß aus und wies alle klinischen Erscheinungen der Niereninsuffizienz auf, ohne daß im Sediment irgend

Digitized by Google

welche Zylinder gefunden wurden. Die jüngsten Hypothesen über dieses Phänomen der Albuminurie ohne Zylindrurie gehen von der Auffassung aus, daß die Zylinder in der Niere erzeugt werden, daß sie aber dann durch besondere zerstörende Elemente (Leukozyten, Bacterium coli, besondere Fermente) vernichtet werden. 2. gibt es andere Fälle, bei denen das Albumen sehr spärlich ist, während gleichzeitig sehr zahlreiche Zylinder vorhanden sind. 3. findet man, wenn auch nicht häufig, Fälle, bei denen Eiweiß auch nicht in den minimalsten Mengen, selbst nicht mit den empfindlichsten Untersuchungsmethoden, nachgewiesen werden kann und wo doch Zylinder in mehr oder minder erheblichen Mengen vorhanden sind. Vf. fand bei der täglichen Untersuchung von mehr als 100 Kranken nur achtmal Zylindrurie ohne Albuminurie. In drei dieser Fälle fand sich im Urin auch Gallenfarbstoff vor. Die Zylinder waren der verschiedensten Art: hyaline, hyalin-granulierte, granulierte, epitheliale. Vf. erklärt das Auftreten der Zylindrurie ohne Albuminurie aus der Integrität der Glomeruli und den krankhaften Veränderungen der Tubuli, und glaubt daraus den praktischen Schluß ziehen zu sollen, daß in jedem Falle, bei welchem man nach dem Vorhandensein von Nierenveränderungen fahndet, man das Harnsediment wiederholt und sehr genau untersuchen muß, selbst dann, wenn Albumen vollständig fehlt, da wiederholt bei intakten Glomerulis Nierenveränderungen vorkommen, die auf die Tubuli beschränkt sind und die sich ausschließlich durch das Vorhandensein von Zylindern im Sediment kundgeben.

Bei Nephritikern, die der Heilung entgegengehen, fand Padoa in mehreren Fällen, daß die Zylinder vor dem Albumen verschwanden. Recht interessant und für die Prognosestellung wichtig ist die Angabe, daß im allgemeinen bei akuten Formen von Nephritis im ersten Stadium sich die verschiedensten Arten von Zylindern vorfinden: hyaline, hyalin-granulierte, granulierte und bisweilen auch epitheliale. In einem zweiten Stadium, wenn der Krankheitsprozeß seine Akme erreicht hat, nahm die Zahl der hyalinen beträchtlich ab, während die anderen fast ausschließlich verblieben; wenn dann die Krankheit der Heilung sich nähert, zeigen sich wieder hyaline Formen und eine lebhafte Abnahme der granulierten.

Vf. versuchte, bei seinen Kranken die Beziehungen der Zylindrurie zu den verschiedenen Ernährungsweisen zu untersuchen. Er verabreichte Hühner-, Kalb-, Rindfleisch, Eier, Fische, Suppe, Pepton, verschiedene Arten von Gemüsen, Fleischkonserven, Brot in mäßiger Menge. Dann ließ er wieder Kranke bei absoluter Milchdiät und verglich das Verhalten der Zylindrurie bei den verschiedenen Ernährungsweisen mit dem bei der Milchdiät. Nur in einem einzigen Falle, bei einer seit drei Monaten kranken Frau mit subakuter Nephritis, sah er nach zweitägiger Verabreichung von Rindfleisch in Konservenform die Menge der hyalinen Zylinder beträchtlich ansteigen und die bereits verschwundenen hyalin-granulierten und granulierten Formen wieder auftreten. Diese Zunahme hielt noch einige Tage nach Aussetzen des Fleisches und nach Aufnahme der Milchdiät an. Andere Ernährungsweisen (Hühner, Kalbfleisch, Eier, Gemüse) wurden von derselben Kranken gut vertragen. Abgesehen von diesem einzigen Falle konnte Vf. bei keinem einzigen seiner Kranken, selbst bei eingehender Untersuchung, bei der ausgiebigsten Aenderung der Diät in den angegebenen Grenzen irgend welchen merklichen Einfluß auf die Zahl und Qualität der Harnzylinder nachweisen. — (Berl. klin.-ther. Wochenschr. Nr. 2, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

g) Nervensystem.

Die Hirnpunktion. Probepunktion und Punktion des Gehirnes und seiner Häute durch den intakten Schädel. Von E. Neisser und Kurt Pollack.

Dieser bisher wenig bekannte Eingriff wurde von den Autoren 136mal ausge-

Digitized by Google

führt, seine Technik auf das Vollendetste ausgebildet. Die Details über diese sind im Original nachzulesen; doch sei erwähnt, daß die Hirnpunktion bei genügender Vorbereitung in wenigen Minuten und ohne Narkose ausgeführt wird und bald vulgär sein wird. Die einzige Gefahr, mit der man zu rechnen hat, eine Blutung, läßt sich durch richtige Wahl der (hier angegebenen) Punktionsstellen vermeiden. Die Punktion hat bei der Diagnose der Art und des Sitzes verschiedener Hirnleiden sowohl durch Ausschluß von Erkrankungen, die eventuell eine Operation erfordert hätten, wie durch Zutageförderung von altem Blut in verschiedenen Formen, Hämatoidin, Zystenflüssigkeit, Eiter, Liquor, sowie Tumorpartikel vorzügliche Dienste geleistet und hat in einer Reihe von Fällen durch rechtzeitige operative Entleerung großer Blutergüsse, eines extraduralen Abszesses, Entfernung eines Hirntumors lebensrettend gewirkt. — (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 13, H. 4 u. 5.) E. H.

Ein Fall von Crampus-Neurose. Von C. Wernicke in Halle.

Ein 47jähriger Mann litt seit mehreren Jahren an schmerzhaften Muskelkrämpfen, die bei jeder energischen oder raschen Bewegung eintraten, sich über einen mehr oder weniger großen Teil des Körpers ausbreiteten, ihm den Atem raubten und Erstickungsgefühl hervorriefen. Ihre Dauer betrug wenige Minuten, nachher Schweißausbruch und Ermattung. Schon beim Handdrücken trat ein 1—2 Minuten dauernder, schmerzhafter Krampf der gesamten rechten Arm-, Schulter- und Brustmuskulatur auf. Alle, auch die leichtesten Verrichtungen waren sehr erschwert, Laufen, Springen unmöglich, die Sehnenreflexe und passive Beweglichkeit der Glieder gesteigert, die elektrische Erregbarkeit herabgesetzt. Leichter Tremor der Hände und Zunge. Patient ist Alkoholiker. Differentialdiagnostisch kommen Tetanie und Thomsensche Krankheit in Betracht. Erstere ist wegen des Fehlens der Steigerung der elektrischen Erregbarkeit, sowie des Chvostek'schen und Trousseau'schen Phänomens auszuschließen; gegen letztere spricht das Auftreten im späteren Lebensalter, das Fehlen der myotonischen Reaktion, ferner ist bei der Thomsen'schen Krankheit nur der Anfang der Bewegung gehemmt, nachher ist sie vollkommen frei. Im besprochenen Falle handelt es sich um eine Uebererregbarkeit der Muskelkerne in den Vorderhörnern des Rückenmarkes, also eine zunächst funktionelle Erkrankung, unter dem Einflusse des Alkohols, welch letzterer auch die leichten neuritischen Erscheinungen (Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, leichte Druckschmerzhaftigkeit) erklärt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43, 1904.)

Rosenthal.

Ueber hysterische Augenmuskellähmungen in einer Familie. Von Dr. M. Bondi in Iglau.

Außer der konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, ferner einseitiger Erblindung kommen mitunter auch spastische Kontraktionen des Akkomodationsmuskels und der äußeren Augenmuskeln bei Hysterie vor, während einwandsfreie Beobachtungen wirklicher Augenmuskellähmungen nicht vorliegen. Bei einer Patientin des Vf. bestand seit 8 Tagen Doppeltsehen. Objektiv bestand der typische Befund linksseitiger Abduzenslähmung, die nach 8 Tagen verschwunden war und einer rechtsseitigen Platz gemacht hatte. Die genauere Untersuchung zeigte, daß es sich hier, wie in anderen ähnlichen Fällen, um Kontrakturzustände der Antagonisten, der recti interni, handelte, welche von den Kranken auch willkürlich beeinflußt werden kann und der Suggestivbehandlung zugänglich ist. Sechs Wochen später trat bei der zwölfjährigen Tochter der Patientin nach einem heftigen Schreck beiderseitige Ptosis auf, das Tieferstehen der linken Augenbraue wies auf einen Krampf des Orbicularis, also auf eine spastische Ptosis hysterica, hin. Eine weit seltenere Form ist die schlaffe hysterische Ptosis, die fast immer doppelseitig ist und äußerlich einer Ptosis organischen Ursprunges gleicht. Die hysterischen Augenmuskellähmungen sind der Suggestivbehandlung zugänglich, rezidivieren aber

Digitized by Google

leicht. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 33, 1904.) Rosenthal.

Ueber die tonische Reaktion lichtstarrer Pupillen. Von Dr. M. Roemheld.

Piltz, Säenger u. a. haben Fälle beschrieben, bei welchen die lichtstarren Pupillen auf Konvergenz, Akkommodation, ferner bei willkürlicher Kontraktion des Orbicularis oculi sich wohl rasch verengern, jedoch auffallend lange in der Zusammenziehung verharren und sich wieder ungemein langsam erweitern. Der Fall des Vf., ein 49jähriges Individuum, wies ausgeprägte Basedowsymptome, ferner eine alte Phtise auf, die Pupillen waren weit, ungleich groß, total lichtstarr. Bei Prüfung auf Konvergenz und Akkomodation verengten sich beide Pupillen ziemlich rasch; forderte man nun den Patienten auf, in die Ferne zu sehen, so blieben die Pupillen bis zu 15 Sekunden maximal verengt und erreichten erst nach 7 Minuten ihre alte Weite wieder. Dabei veränderte die linke Pupille ihre Gestalt, wurde vorübergehend größer als die rechte und ebenfalls entrundet. Außer der Lichtstarre sprach nichts für ein spinales Leiden, Lues negiert. Diese Reaktion ist bis jetzt bei Tabes, Paralyse, Lues congenitalis, multipler Sklerose und Alkoholismus beobachtet. Es handelt sich hier um eine Affektion des Iriszentrums oder des zentrifugalen Schenkels des Reflexbogens oder auch des Irismuskels selbst. Das Phänomen wäre am besten als tonische Pupillenreaktion zu bezeichnen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 46, 1904.)

Rosenthal.

Beitrag zur Symptomatologie der Sympathikuslähmung. Von Dr. A. Rosenfeld in Königsberg.

Die experimentelle Durchschneidung des Halssympathikus führt beim Tiere zur Temperaturerhöhung und Rötung der betreffenden Kopfhälfte, ferner zur Verengerung der Pupille und Lidspalte, während Reizung des Nerven die entgegengesetzten Symptome hervorruft. Außerdem ist die Schweiß- und Speichelsekretion gestört. Bei einem Patienten des Autors bestanden seit einem Jahre zunehmende Schlingbeschwerden, ferner Kachexie, die linke Gesichtshälfte war gerötet und wärmer, rechte Lidspalte und Pupille verengt. Bei schmerzhaften Reizen erweiterten sich beide Pupillen, und zwar die rechte sehr stark, so daß sie der linken fast gleich wurde. In der Agone starker Schweißausbruch, mit Ausnahme der rechten Gesichtshälfte. Die Autopsie ergab ein Kardiakarzinom; der rechte Sympathikus im Bereiche des untersten Halsganglions in eine Lymphdrüsenmetastase eingemauert. Die Verengerung der Pupille und Lidspalte gehören zu den gewöhnlichen Symptomen, dagegen ist die Hyperämie der kontralateralen Gesichtshälfte, die Anidrosis und die erhaltene Schmerzreaktion an der Pupille auf der Seite der Lähmung von besonderem Interesse. Die Anidrosis scheint das Zeichen einer vollständigen Leitungsunterbrechung zu sein, die erhaltene Schmerzreaktion, ferner die Hyperämie der entgegengesetzten Gesichtshälfte sind nur schwierig deutbar. Der Fall zeigt, daß diagnostisch hauptsächlich die sekretorischen Anomalien und die okulo-pupillären Symptome verwertbar sind, während das Verhalten der Gefäßfüllung als inkonstant weniger in Betracht käme. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 46, 1904.)

Rosenthal.

Zur Symptomatologie der Paralysis agitans. Von Prof. L. Bruns in Hannover.

Aus einem Beobachtungsmaterial von 74 Fällen erwähnt der Autor einige bisher weniger beachtete Symptome. In 5 Fällen war Speichelfluß zu verzeichnen, meist im vorgeschrittenen Stadium des Leidens, im Verein mit Zittern und Schwäche der bulbären Muskulatur, Erschweren des Schluckens und Kauens, Sprachstörungen. Solche Fälle stellen einen bulbärparalytischen Symptomenkomplex des Leidens dar. Manchmal findet sich übermäßige Schweißabsonderung, ebenfalls zentralen Ursprungs. In zwei Fällen wurde Atrophie der Interossei verzeichnet, ferner trophische Störungen der Haut an den Fingern nebst zunehmender Größe der Hände und Füße. Neuerdings wird auch das Leiden mit Erkrankungen der Schild-

Digitized by Google

drüse in Zusammenhang gebracht. Die sonst normalen Sehnenreflexe sind bei einseitiger Entwicklung auf der hemiparetischen Seite erhöht. Manchmal, besonders im Frühstadium, stellen sich neuralgiforme Schmerzen ein. In einzelnen Fällen treten Augensymptome auf, nukleäre Ophtalmoplegie, einseitige Ptosis, Nystagmus, so daß das Krankheitsbild dem einer multiplen Sklerose ähnelt. Zwischen beiden Leiden scheinen Uebergangsformen vorzukommen. Die von Charcot betonte Verschiedenheit des Tremors, Intentionstremor bei der multiplen Sklerose, Tremor schon in der Ruhe bei der Paralysis agitans ist nicht immer klar ausgeprägt; namentlich zu Beginn kann auch bei letzterer Krankheit Intentionstremor vorhanden sein. Einmal kam die seltene Kombination der Schüttellähmung mit Tabes dorsalis vor. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 21, 1904.) Rosenthal.

h) Auge.

Ein Fall von eitriger Konjunktivitis und Iridozyklitis beider Augen nach Ruhr. Von A. Vossius.

Im Gegensatz zu anderen akuten Infektionskrankheiten nach Ruhr sind die danach auftretenden Augenaffektionen äußerst selten. Jackson hat Akkomodationsparese, Marcisiewicz doppelseitige Tränendrüsenentzündung beobachtet, Eversbusch glaubt auch eine, lang sich hinziehende, hämorrhagische Erkrankung der Aderhaut, die er bei einem Herrn, der in seiner Jugend von schwerer Dysenterie befallen war, konstatiert hat, auf die infolge der Darmerkrankung eingetretene Diathese beziehen zu sollen. Groenouw äußert sich dahin, daß die nach Dysenterie auftretenden Erschöpfungszustände wahrscheinlich ebenfalls zu Augenleiden führen können. Kräuter hat in einer von ihm beobachteten Epidemie von Ruhr das Auftreten von Konjunktivitis teils katarrhalischer, teils blennorrhöischer Form gesehen.

Vossiius berichtet nun über folgende eigene Beobachtung:

Ein 28jähriger Privatdozent der Hygiene erkrankte am 26. September 1903 an Ruhr; in der dritten Krankheitswoche treten heftige, stechende Schmerzen in der Gegend der Prostata und eine Urethritis mit nur geringem, schleimig-eiterigem Sekret, Rötung und Schmerzen im Orificium externum urethrae, namentlich beim Urinieren, auf; in dem Sekret wurden keine Gonokokken, wohl aber massenhafte, dem Bacterium colli in Größe, Form und Anordnung ähnliche Stäbchen nachgewiesen. Einige Tage danach beginnt eine Entzündung der Bindehaut des linken, einen Tag später des rechten Auges; auch im Bindehautsekret wurdem dem Bacterium colli ähnliche Bazillen gefunden. Am 22. Oktober sind die Erscheinungen von Seiten des Darmes im allgemeinen bereits zurückgegangen. Patient klagte nur noch über leichte, kolikartige Schmerzen und über heftige Schmerzen bei den ziemlich konsistenten Darmentleerungen, über Brennen in der Urethra, auch hauptsächlich über heftiges Brennen in den Augen, gegen welch letzteres die angeordneten kühlen Umschläge wohl Linderung abgeben, ohne jedoch den bestehenden dauernden Tränenfluß und die Lichtscheu zu vermindern. Ober- und Unterlider beider Augen ziemlich stark geschwollen, gerötet, die Wimpern durch eiteriges Sekret verklebt, aus der Lidspalte kommt etwas molkige Flüssigkeit. Auf Berührung sind die Lider sehr schmerzempfindlich. Aktiv können die Augen nur schwer und wenig geöffnet werden; beim Abziehen des unteren Lides quillt die chemotische, gerötete, mit eiterigen Sekretfäden bedeckte untere Uebergangsfalte hervor; die Konjunktiva der Unterlider ist geschwellt, gerötet.

Die Hornhaut beider Augen klar, ebenso die Iris normal. Auf Borsalbe $^1/_2$%iger Arg. nitr.-Lösung und Auswaschung mit 2%iger Borsäurelösung bessert sich dieser an blennorrhöische Konjunktivitis mit auffällig leichter Sekretion erinnernde Zustand. Die Besserung hält einige Tage an; am 29. Oktober zeigt das linke Auge wieder stärkere Lidschwellung und heftiges Tränen, die Schmerzen nehmen zu, das Sehvermögen nimmt ab, der Bulbus ist auf Betastung, namentlich am oberen Umfange sehr schmerzempfindlich.

Digitized by Google

Die Kornea ist klar, die Iris verfärbt, die Pupille eng. Atropin, lauwarme Umschläge.

Die Entzündungserscheinungen nehmen zu, und zwar auf beiden Augen; das Sehvermögen nimmt rapid ab: rechts nimmt Patient nur Lichtschein und links Handbewegungen wahr. Mit dem Augenspiegel erhält man beiderseits nur ganz schwachen, graurötlichen Schein infolge diffuser Glaskörpertrübung: Atropin, lauwarme Umschläge und stündlich 0·05 Calomel intern., später wird Aspirin (1·0) als Diaphoretikum angeordnet.

Allmählich, aber zusehends, bessert sich der Zustand und am 24. Dezember sind sämtliche Entzündungserscheinungen vollständig geschwunden. Patient hat beiderseits bei normal aussehenden Augen und nur vereinzelten Glaskörpertrübungen Sehschärfe = $^6/_5$. — (Die Ophthalmolog. Klinik Nr. 2, 1904.) Dr. Jänner.

i) Haut.

Dermatitis framboesiformis. Von Dr. F. Samberger.

An Janovskys Klinik in Prag kam ein 18jähriger Kohlenarbeiter zur Aufnahme, der im 14. Lebensjahre an Furunkulose litt. Späterhin verschlimmerte sich der Zustand in der Weise, daß auch an den behaarten Teilen der Kopfhaut die Pustulation seßhaft wurde. Bei der Aufnahme erwies sich die Kopfhaut von warzig elevierten, papillomatösen Wucherungen übersät, welche in ihren zerklüfteten Interstitien übelriechendes Sekret beherbergen. Der rechte Nasenflügel, die Oberlippe, sowie das Septum sind von einer papillomatösen Geschwulst eingenommen, die den rechten Nasengang verlegt. Gewucherte Exkreszenzen an den Lidern und Augenwinkeln. Der Schleimhautüberzug der Unterlippe in eine warzig zerklüftete, wie zernagte, rhagadierte Fläche umgewandelt. Gingiva und Mundhöhle intakt. Verordnung: Schmierkur, Entfernung des Krustenbelages mit 1%iger Resorzinlösung. Verschlimmerung des Zustands. Absolute Hg-Intoleranz, auch bei neuerlich aufgenommenen Versuchen zu konstatieren. Jodkali, Decoct. Zittm., Syr. Gibert. etc. verschlimmern den Gesamtzustand. Die Wucherungen breiten sich rasch über die Wangen, Kinn, Ohren, Nase, Stirn aus und werden erst bei roborierender Allgemeinbehandlung rückgängig. Die Vegetationen involvieren sich mit Hinterlassung von Pigmentierungen; keine Narbenbildung im Gesicht, keine Alopecie an der Kopfhaut. Histologisch sind die Wucherungen durch subpapilläres Streifeninfiltrat charakterisiert. Hautadnexe (Haarbalgtalgdrüsen) frei.

Die ursprüngliche Diagnose „Syphilis vegetans" wird fallen gelassen und nach verschiedenen belanglosen differentialdiagnostischen Erwägungen bei der Annahme einer gewöhnlich vegetierenden Hautentzündung von dem Aussehen der Frambösie Halt gemacht. Daß Vf. weder die Aufstellung einer neuen Type in Anspruch nimmt, noch die tropische Frambösie zu seiner Wahrnehmung in Parallele stellt, ist nur zu billigen. Die Gegenstellung einer tropischen und endemischen Frambösie hat ätiologische Voraussetzungen, die weit von ihrer Präzisierung stehen. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 72, H. 1.) N.

k) Knochen und Muskel.

Beitrag zur Kasuistik der Halsrippen. Von Dr. H. Levi. (Prof. Mendels Klinik.)

Nach Borchardt und Oppenheim kommen Halsrippen kombiniert mit anderen Nervenkrankheiten besonders bei Syringomyelie vor. Vf. beschreibt einen Fall von doppelseitiger Halsrippe bei multipler Sklerose. Bei einer 18jährigen Arbeiterin bestehen seit fünf Jahren rechtsseitige Mundfazialisparese, Nystagmus, rechts Abduzensschwäche, Abblassung der temporalen Papillenhälften, Herabsetzung der groben Kraft linkerseits, leichte Atrophie der linken kleinen Handmuskeln, starker Intentionstremor, Schwanken beim Gehen, Gang spastisch-ataktisch, Fußklonus, Babinski positiv, Sprache verlangsamt, Miktion erschwert, leichte Demenz. Subjektiv Kopfschmerzen, Schwindel, passageres Doppeltsehen, Parästhesien. Andeutung von Zwangslachen und -weinen. In der linken Supraklavikulargrube ein knochenharter Tumor,

Digitized by Google

rechts nichts Deutliches palpabel. Das Röntgen-Bild wies beiderseits eine Halsrippe nach. Die Mehrzahl der angeführten Symptome sind auf Rechnung der multiplen Sklerose zu setzen, die Halsrippen haben, wie so häufig, auch hier nur wenig Beschwerden verursacht. Objektiv sind ihnen zuzuschreiben: die Atrophie der kleinen Handmuskeln und eine leichte Skoliose der Wirbelsäule. Das Vorhandensein von Halsrippen bei nervösen Leiden verleiht der Annahme, daß diese Krankheiten auf dem Boden kongenitaler Anomalien entstehen, eine wesentliche Stütze. Doch drücken diese und ähnliche Zeichen nur eine vorhandene Disposition aus; zur Auslösung der Krankheit müssen die eigentlichen „Ursachen" — in diesem Falle vielleicht ein im achten Lebensjahre erlittenes schweres Trauma — hinzutreten. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 21, 1904.) Rosenthal.

Muskelsequester nach Pneumokokkeninfektion. Von Dr. Paetzold.

Der vom Vf. beschriebene Fall wurde auf der Klinik Garré beobachtet. Es handelte sich um einen 17jährigen Mann, der unter Allgemeinerscheinungen erkrankte und bei der Untersuchung eine Schwellung am Oberarm und eine unterhalb der Skapula zeigte. Die Diagnose wurde auf Osteomyelitis gestellt. Bei der Operation ergab sich, daß der Knochen gesund ist und daß es sich bloß um zwei in den Muskeln (Biceps und Latissimus dorse) gelegene Abszesse handelte, in welchen je zwei sequestrierte Muskelstücke lagen. Die Untersuchung des Eiters ergab Pneumokokken.

Im weiteren Verlaufe entwickelte sich ein dritter Abszeß, diesmal im Musc. glutaeus, der ebenfalls zwei Muskelsequester enthielt. Die Heilung erfolgte mit starker Schwielenbildung und Verkürzung des Musc. biceps. Die Funktion der anderen Muskeln blieb erhalten.

Obwohl die Untersuchung des Blutes negativ ausfiel, kann dem Verlaufe entsprechend nur eine embolische Verschleppung der Pneumokokken in die Muskulatur angenommen werden. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 43, H. 3.) E.

l) Blut.

Ueber den Begriff der Anämie in klinischer Beziehung. Von E. Biernacki.

Eine Arbeit von größter praktischer Bedeutung, die dem allgemeinen Schlendrian des ärztlichen Nichtdenkens ein Ende macht, der seinen ubiquitaren Ausdruck findet in folgenden Sätzen: „Patient ist blaß, also blutarm. Er muß Eisen nehmen."

Auf Grund zahlreicher Erfahrungen leugnet B. jede „Blutarmut", die nicht als echte Chlorose, perniziöse Anämie, Leukämie, Pseudoleukämie den bekannten Befund gibt, es müßte denn eine Leber-, Nieren- oder Infektionskrankheit zugrunde liegen. Es gibt keine anderen „anämischen Grundlagen". Die Kakotrophien infolge schlechter Lebensbedingungen u. s. w. sind Pseudoanämien. — (Zeitschr. f. klin. Med. S. 94, 1904.) E. H.

m) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Meine Versuche zur Uebertragung der Syphilis auf Affen. Von A. Neisser.

Durch die allem Anscheine nach unzweifelhaft gelungenen Impfungen von anthropoiden Affen (Schimpansen) durch Metschnikoff und Roux, die durch andere Autoren (Lassar, Neisser) Bestätigung fanden, schien die Basis für die weiteren Versuche gegeben, den mannigfachen Problemen in der Pathologie und Therapie der Syphilis nachzugehen. In der Tat nahmen auch Metschnikoff und Roux sofort Impfversuche an Makaks (Macacus sinicus, M. cynomolgus) vor; von zwölf derartigen Versuchen verliefen bloß vier positiv, doch waren auch in diesen als positiv bezeichneten Versuchen bloß Veränderungen an den primären Impfstellen eingetreten, während von Sekundärerscheinungen sich keine Andeutung zeigte. Daraus schlossen die genannten Autoren, daß den Makaks die Fähigkeit zukomme, das luetische Virus abzuschwächen. Die Bestätigung für diese Anschauung glaubten sie dadurch zu liefern, daß ein von einer solchen Primäreffloreszenz eines Makakes geimpfter Schimpanse an den Impfstellen ganz

Digitized by Google

analoge Veränderungen aufwies, wie diese, dann aber bei einer nachträglichen Impfung mit dem Sekrete einer Sklerose wohl allgemeine Drüsenanschwellung, aber sonst keinerlei Erscheinungen zeigte. Neisser glaubt diesen Schlüssen nicht ohneweiters zustimmen zu können; einmal sei es keineswegs sicher, daß die an den Makaks beobachteten Primärläsionen wirklich als Primäraffekte aufgefaßt werden können, zweitens aber könne man auch nicht aus dem einen Versuche an dem Schimpansen die gelungene Immunisierung als erwiesen betrachten.

Seine eigenen Versuche an Makaks gestatten, schon wegen der geringen Beobachtungszeit, keinen sicheren Schluß, ob diese für Syphilis empfänglich seien oder nicht. Unter den Versuchen an anthropoiden Affen stellt Vf. folgenden an die Spitze: Einem Schimpansen wird durch eine ganze Reihe von Monaten menschliches Serum, das von Patienten mit Sekundärerscheinungen stammte, injiziert, im ganzen 422 cm^3; nach der letzten Injektion wird das Tier mit Gewebspartikelchen, welche von typischen sekundären Tonsillenplaques stammen, infiziert, rechts an der Unterlippe, am Penisrücken und am linken Oberschenkel (in eine subkutane Tasche). Vier Wochen nach der Impfung ist an der Unterlippe nichts zu sehen, am Penisrücken eine erbsengroße infiltrierte Platte, Inguinaldrüsen vergrößert, indolent; etwas später tritt auch eine infiltrierte Platte am Abdomen auf, mit deutlichem Firnisglanz. 54 Tage nach der Impfung sind am Bauche 6—7 papulöse Effloreszenzen sichtbar, die ganz den Eindruck eines papulo-squamösen Syphilids hervorrufen, sie heilen langsam ab.

Aus diesem Versuche ergibt sich — und für Neisser ist diese Konstatierung besonders wichtig — daß selbst beträchtliche Mengen von Serum, welches von rezent syphilitischen Menschen stammt, nach jeder Richtung für den Schimpansen unschädlich bleiben; es traten keinerlei Zeichen von Syphilis auf, obwohl sich der Zeit nach solche hätten zeigen müssen, wenn die ersten Serumzuführungen infektiös gewesen wären. Anderseits waren aber die eingeführten Serummengen nicht imstande, die Empfänglichkeit des Tieres gegen das Syphilisgift zu beseitigen oder zu vermindern (womit auch die Annahme einer passiven Immunisierung der Mütter, ohne Infektion, Colles'sches Gesetz, hinfällig erscheine). Es ist begreiflich, daß der Autor auf die Unschädlichkeit der Seruminjektionen so besonderen Wert legt, da ja seine vielfach angefeindeten Versuche am Menschen hierin ihre Rechtfertigung finden. Dieser Serumversuch lasse aber nicht den Schluß zu, daß das Serum überhaupt keine Antikörper enthalte, es können vielmehr solche vorhanden sein, allerdings in viel zu geringer Menge und Stärke, so daß sie keine Wirksamkeit äußern. Gerade die Tierexperimente aber sollen darüber Aufklärung bringen, ob es etwa gelingen möchte, Antikörper zahlreicher und kräftiger zur Entwicklung zu bringen. Der Weg hiezu wäre darin gelegen, empfänglichen Tieren möglichst oft und reichlich neues Syphilisgift zuzuführen und dann das Serum derselben zu prüfen. Ein zweiter Weg, beziehungsweise eine zweite Versuchsreihe müßte daran anknüpfen, ob die Syphilisparasiten durch Quecksilber zerstört würden und ob die aus den getöteten Parasitenleibern gebildeten Immunsubstanzen im Blute oder Serum kreisen; endlich müßte, wie dies ja übrigens schon geschehen ist, auch das Serum von geheilten Syphilisfällen in die Versuche einbezogen werden. Die zuzüglichen Versuche des Autors scheiterten an der zu kurzen Beobachtungszeit.

Eine weitere Reihe von Versuchen, insbesondere ob die Passage des Syphilisvirus durch ein syphilisimmunes Tier irgend eine Modifikation des Virus herbeiführe, sowie die Prüfung der Impfungsmöglichkeit mit Blut, mit defibriniertem Blut von sekundär Syphilitischen u. s. w., blieben zum größten Teile resultatlos.

Versuche, die am Gibbon vorgenommen wurden, lassen eine typische, dem Verlaufe der Syphilis beim Menschen analoge Krankheit nicht erkennen, wohl aber komme es zu typischen und charakteristischen Veränderungen an der Haut und Schleimhaut, so daß Neisser glaubt, die syphilitische Natur dieser Pro-

Digitized by Google

zesse annehmen zu dürfen. Allerdings fehlt hiefür der Beweis, der dadurch zu liefern wäre, daß von diesen Tieren durch Ueberimpfung auf einen Schimpansen Syphilis erzeugt würde; er wurde aber insofern angestrebt, als eine zweite und dritte neuerdings vorgenommene (Re-)Infektion ohne jeden Erfolg verlief.

Die ganze große Reihe von Fragen, deren Beantwortung derzeit eine ziemlich hypothetische ist und die der Autor zum Schlusse in großen Zügen aufrollt, läßt die Wichtigkeit und Bedeutung erkennen, welche der Fortsetzung dieser Versuche zukommt; dazu aber bedarf es in erster Linie eines fast unbeschränkten Tiermaterials. — (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 38, 1904.) D.

Neue Arzneimittel und Rezeptformeln.

Hypusacetin. $C_6H_4\begin{cases}O.CH_3.COC_6H_5\\NHC_4H_8O\end{cases}$ Azetophenonazetylparamidoläther. Hypnotikum und Antipyretikum.

Digitoxinum solubile (Cloëtte). Ein lösliches Digitoxin, über dessen Darstellung nichts näheres bekannt ist, verwendet Naunyn in Lösungen, welche 0·3 mg pro Kubikzentimeter enthalten, subkutan anstatt Infusum Digitalis und andere Digitalispräparate.

Suprareninum boricum von Meister, Lucius & Brüning in Höchst ist eine Suprareninverbindung in Tablettenform, von denen jede 0·01 Kokain, 0·00013 Suprarenin boricum und 0·009 Chlornatrium enthält. Eine Tablette in 1 cm³ sterilisiertem Wasser gelöst, ergibt die für eine Zahnextraktion erforderliche Kokainsuprareninlösung. 1·3 Suprareninum boricum = 1 g reines Suprarenin.

Enesol (Goignet) **Salizylarsinsaures Quecksilber.** Es entsteht durch Einwirkung eines Moleküls Methylarsinsäure auf ein Molekül basisches Quecksilbersalizylat. Es bildet ein weißes, amorphes, in Wasser zu etwa 4% lösliches Salz mit 38·46 Prozent Quecksilber und 14·4% Arsen. Die wässerige Lösung kann sterilisiert werden, ohne daß Zersetzung eintritt. Anwendung findet es als Antisyphilitikum. Enesolinjektionen sollen schmerzlos sein.

Theocin-Natrium aceticum (Bayer & Co.) entsteht durch Eindampfen wässeriger Lösungen von Theozin-Natrium und Natriumazetat. Es bildet ein in Wasser zu 4·5% lösliches, alkalisch reagierendes Salz mit 65% Theozin. Durch Säuren wird daraus reines Theozin gefällt. Anwendung findet es als Diuretikum bei Stauungserscheinungen, spez. Oedem und Hydrops kardialen Ursprunges. — Dosis 0·3 pro dosi.

Paranephrin ist der wirksame Bestandteil der Nebenniere in Form einer gelblichen, leicht zerreiblichen, stark hygroskopischen Masse, löslich in Wasser und Methylalkohol, unlöslich in absolutem Alkohol, Aether und Benzin. Es dient als Hämostatikum und Adstringens namentlich in der Zahnheilkunde mit Tropokokain kombiniert. Es kommt in steriler, gebrauchsfertiger, wässeriger Lösung in den Handel, die 0·6% Kochsalz enthält und im Verhältnis 1 : 1000 angestellt ist. (Merck.)

Salit (Heyden). Salizylsäureester des Borneols von der Formel: $C_{10}H_{17}OCOC_6H_4OH$, ölige, in Wasser und Glyzerin unlösliche Flüssigkeit, löslich in Alkohol, Aether und fetten Oelen, Anwendung bei Muskelrheumatismus, akuten Neuralgien, akuten, leichten Gelenksrheumatismen, akuten (rheumatischen) Pleuritiden und Sehnenscheidenentzündungen. Das Präparat gelangt mit Olivenöl gemischt, als Salitum solutum in den Handel.

Cellotropin (C. Villmar) Monobenzoyl-Arbutin von der Formel $C_{19}H_{20}O_8$ + HCl. Erhalten wird es durch Einwirken von Benzoylchlorid auf Arbutin in neutraler Lösung. Es bildet ein weißes, geruch- und geschmackloses Kristallpulver, löslich in 80 T. siedenden Wassers, leicht in Alkohol, unlöslich in Aether und Chloroform. — Mit Alkalien gekocht, tritt Bräunung ein. — Mit Eisenchlorid gibt es nicht die für Arbutin charakteristische Reaktion. — Fehling'sche Lösung wird nicht reduziert. Anwendung: Bei Infek-

Digitized by Google

tionskrankheiten, namentlich Tuberkulose und Skrofulose, in Dosen von 0·3—0·5 dreimal täglich.

Kalodal (Heyden). Ein Fleischpräparat, welches 95% aufgeschlossene, leicht lösliche Eiweißstoffe, Phosphate, Spuren von Eisen nud 0·2% Kochsalz enthält. Es ist ein gelblich-braunes, wasserlösliches Pulver. Die 10—12%igen Lösungen sind noch dünnflüssig, die stärkeren werden dickflüssig und schließlich gelatineartig. Anwendung findet es als Nährmittel für solche Kranke, die auf gewöhnliche Art nicht ernährt werden können. Dosis: 5 g in 50 g Wasser gelöst zu Einspritzungen, oder Infusion von 5 : 500 g physiologischer Kochsalzlösung. Innerhalb 24 Stunden werden vier solcher Dosen verabfolgt. Das Präparat gelangt als fertige Lösung in zugeschmolzenen Röhren in den Handel.

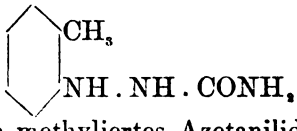
Extractum Crataegi fluidum. Die Früchte von Crataegus oxycyantha werden nach M. Beringer („Amer. Journ. of Pharm." 1904, 6) folgendermaßen zu Fluidextrakt verarbeitet: Fruct. Crataegi oxycyanth. gr. plv. 1000, Glycerini 50 cm^3, Spiritus Aqu. dest. aa. q. s. ad 1000 cm^3. Man mischt das Glyzerin mit 600 cm^3 Alkohol (90%) und 250 cm^3 Wasser, befeuchtet damit das Pulver, überschüttet dasselbe dann im Perkolator mit der gleichen Mischung und läßt das Ganze 2—3 Tage stehen. Dann wird mit einer Mischung aus Wasser 1 T. und Spiritus 2 T. perkoliert und aus den Perkolaten in üblicher Weise ein Fluidextrakt 1 : 1 hergestellt. Das Extrakt dient als Herztonikum.

Heritin Marpmann. Ein Organopräparat aus dem ätherischen Extrakt der Wurzel Radix Heritierae. Es bildet eine wasserhelle Flüssigkeit mit 45—46% Alkohol ohne besonderen Geschmack und Geruch. Beim Verdampfen größerer Mengen verbleibt ein Rückstand, der sich mit konzentrierter Schwefelsäure intensiv rot färbt. Geringe Mengen von Eiweißsubstanzen und Mineralstoffe sind nachweisbar. Die konzentrierte Lösung gibt die bekannten Alkaloidreaktionen. Das Präparat scheint demnach eine Lösung des Rohalkaloids „Heritin" zu sein. Dosis: 5—10 Tropfen morgens nüchtern bei Kopfschmerz, nervösen Zuständen, Schlaflosigkeit u. s. w., die durch Anämie bedingt sind.

Euporphin (Riedel). Apomorphin-Brommethylat. $C_{17}H_{17}O_2N\langle{}^{CH_3}_{Br} + CH_3SO_4K$. Es entsteht durch Alkylieren von Morphin mit Dimethylsulfat und Umsetzen des methylschwefelsauren Salzes mit gesättigter Bromkaliumlösung. Es bildet farblose, in Wasser und Alkohol lösliche Nadeln oder Schuppen vom Schmp. 180°. Die wässerige Lösung ist gegen Licht und Luft viel beständiger, als die des Apomorphinchlorhydrats. — Anwendung findet es als Ersatzmittel des Apomorphin. hydrochloric.

Kephalopin aus dem Institut zur Frforschung der Infektionskrankheiten in Genua, ist ein kalt bereiteter, öliger Auszug frischer Nervensubstanz, welcher die spezifischen Stoffe der Gehirnsubstanz, wie: Myeline, Lecithine u. s. w. enthält; dagegen enthält er keine durch Kochen oder Salzsäure fällbaren Eiweißstoffe. Er enthält 1000 antikonvulsivische Einheiten, welche auf 1200 gesteigert werden können. Gemessen wird der Wert durch die Menge, welche erforderlich ist, um einen Gewichtsteil eines Meerschweinchens vor der tödlichen Gabe Strychnin zu retten. Es genügt $^1/_3$ cm^3, um bei einem Meerschweinchen von über 100 g die tödliche Dosis unschädlich zu machen. Anwendung: Neurastherie, Hysterie, Neurosen, zerebrale Neuralgien, Chorea, Epilepsie. Dosis für Erwachsene 5 cm^3.

Maretin (Bayer & Co). Karbaminsaures M-Tolylhydrazid von der Formel:



Es ist ein methyliertes Azetanilid, in welchem die Azetylgruppe durch die Gruppe NH . NH . $CONH_2$ erzetzt ist. Es bildet weiße, glänzende, geschmacklose, in Wasser unlösliche, in heißem Alkohol lösliche Kristalle vom Schp. 183—184°. Anwendung findet es als Fiebermittel. Dosis 0·2 bis 0·25—0·5 je ein Pulver vor- und nachmittags kurz vor der zu erwartenden

Digitized by Google

Wärmesteigerung. Bisweilen tritt Schweißabsonderung ein. In solchen Fällen kann es mit einem diese Erscheinungen herabsetzenden Mittel verbunden werden. Wirksames Antithermikum gegen Fieber der Phthisiker, bei Abdominaltyphus, fieberhaften Magenkatarrhen und Influenza. Das Präparat soll die Nebenwirkungen des Antifebrin nicht aufweisen.

Pharmazeut. Post 1904.

Bei Stomatitis:

1. Rp. Ol. amygdal. dulc.
Spir. vin. rectific. } āā 15·0
Mucil. gumm. arab.
M. f. emulsio et adde
Anaesthesini 1·0
Syr. simpl. 15·0
D. S. Zum Bepinseln.

2. Rp. Tinct. spilanth. compos. } āā 10·0
Tinct. gallar.
Tinct. opii benzoic. 3·0
D. S. Zum Bepinseln.

3. Rp. Vasoli jodati 10·0
D. S. Zum Bepinseln.

4. Rp. Tinct. eucalypti
Tinct. myrrh. } āā 5·0
Tinct. catechu
Tinct. vanill. 2·0
D. S. Zum Bepinseln.

5. Rp. Tinct. echinac. angustifol. 10·0
D. S. Stündlich 20 Tropfen in Wasser verdünnt zu nehmen.

6. Rp. Kal. chloric. 5·0
Syr. rub. idaei 15·0
Aq. destill. 180·0
D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Als Nervina bei sexueller Neurasthenie:

1. Rp. Yohimbini 0·2
Aq. boric. 10·0
D. S. Zur subkutanen Injektion.

2. Rp. Phosphori
Strychn. nitr. } āā 0·015
Extr. cannab. ind. 0·12
Limat. ferr. 2·0
Rad. rhei chin. 0·4
Rad. gentian. q. sat
ut f. pilul. Nr. XXX. D. S. Dreimal täglich eine Pille vor dem Essen zu nehmen.

3. Rp. Extr. nuc. vomic. 0·3
Zinc. phosphor.
Zinc. valerian. } āā 0·2
Extr. quassiae q. sat
ut f. pilul. Nr. XXX. D. S. Dreimal täglich eine Pille vor dem Essen zu nehmen.

4. Rp. Ol. phosphor. 1·0
Gum. arab. 5·0
Syr. cort. aur. 25·0
Syr. valerian. 10·0
Aq. menth. pip. 100·0
D. S. Zweistündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

5. Rp. Extr. fluid. Lyriosm. ovat. 15·0
D. S. Zweistündlich 10 Tropfen zu nehmen.

6. Rp. Extr. fluid. Turner. aphrodisiac. 15·0
D. S. Dreimal täglich 30 Tropfen zu nehmen.

Bücher-Anzeigen.*)

Spemanns historischer Medizinal-Kalender für 1905. Von Prof. Dr. Pagel und Prof. Dr. J. Schwalbe.

Dieser Kalender kann allen Kollegen zur Anschaffung aufs wärmste empfohlen werden. Pagel hat die Bearbeitung des Textes übernommen, der beigegebene reiche und recht interessante Bilderschmuck dürfte schwerlich seinen Zweck verfehlen, das Interesse an der Vergangenheit der Medizin zu wecken und zu verstärken. Die auf manchen Blättern stehenden Aphorismen werden, namentlich soweit ihr Inhalt sich auf die Ethik des ärztlichen Berufes bezieht, vielen Kollegen willkommen sein. Der Kalender ist eine Zierde für jedes Sprechzimmer.

Dr. Fritz Loeb, München.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

Aerztliches Vademekum und Taschenkalender für das Jahr 1905. Von Dr. Arno Krüche. XI. Jahrgang. Verlag der „Aerztl. Rundschau" (Otto Gmelin). München 1905. 11. Auflage.

Reichs-Medizinalkalender. Begründet von Dr. Paul Börne. Verlag von Georg Thieme. Leipzig 1905.

Beide Kalender sind in ärztlichen Kreisen so bekannt, daß wir uns darauf beschränken können, zu konstatieren, daß auch die neuen Jahrgänge inhaltlich das Vertrauen vollauf rechtfertigen, das der Praktiker diesen treuen Beratern seither entgegengebracht hat.

Dr. Fritz Loeb, München.

Grundriß der Heilpädagogik. Von Dr. Theodor Heller, Direktor der heilpädagogischen Anstalt Wien-Grinzing. Mit zwei Abbildungen auf einer Tafel. Leipzig 1904. Verlag von Wilh. Engelmann. 366 S. Preis 8 Mark.

Nach einer einleitenden Begriffsbestimmung der Heilpädagogik gibt Vf. einen historischen Rückblick über dieses in der Literatur recht stiefmütterlich behandelte Grenzgebiet der inneren Medizin und Psychologie. Es liegt im Sinne des Titelthemas, daß wir nur wenig über die Ziele der Normalpädagogik unterrichtet werden. In geistreicher Weise, die die Lektüre des umfangreichen Buches zu einem wahren Vergnügen macht, unterhält uns Vf., dessen Literaturkenntnis bewundernswert ist, in der Hauptsache über die Bestrebungen, welche sich gegen das gestörte moralische Empfinden und die demselben zugrunde liegenden krankhaften Zustände des Kindesalters richten. Mit besonderem Interesse wird auch der Nichtfachmann den Ausführungen über moralische Entartung, Idiotie und Sprachstörungen folgen, welche in der Gesamtbesprechung den breitesten Raum einnehmen. Die Kapitel über heilpädagogischen Unterricht und heilpädagogische Erziehung geben dem Vf. Gelegenheit, sich über seine Erfahrungen und Wünsche zu äußern. Man ist erstaunt, zu erfahren, daß er weder selbst Arzt ist, noch sich des Rates eines solchen bedient hat. Wir empfehlen nicht nur jedem Kollegen das Studium wenigstens der Hauptkapitel, sondern möchten hiemit auch Anregung gegeben haben, daß dieses Werk in keiner Lehrerbibliothek fehle.

Dr. Fritz Loeb, München.

Krankendiät. Leitfaden für die Krankenernährung im Hause und zu Lehrzwecken für die Hand der Aerzte, Studierenden, Hausfrauen und Pflegerinnen. Nach mehrjährigen Kursen für diätetische Küche im Lette-Verein. Bearbeitet von Elise Hannemann und Dr. Kasak. (Aus den Publikationen des Lette-Vereins.) Berlin und Leipzig 1904. Im Lehrbücher-Verlag. Preis gebunden 2·50 Mark.

Das Büchlein, das Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin zugeeignet ist, hat den Zweck, als Anleitung bei der Krankenernährung und als Leitfaden für den Unterricht in derselben zu dienen. Wie aus der Einleitung ersichtlich, umfaßt der erste Teil die Ernährung des Kranken im allgemeinen. Es ist dem Arzte der weiteste Spielraum gelassen, um bei seiner Diätverordnung dem Kranken die oft so notwendige Abwechslung zu schaffen. Die Speisen sind im allgemeinen für eine Person berechnet, bei der Zubereitung ist auf eine genaue Beobachtung der Vorschriften zu achten, da hierin der Wert dieser praktisch erprobten Rezepte liegt. Im ersten Teil erfahren wir das Wesentliche über allgemeine Krankenkost-Rezepte. Im zweiten Teile finden wir bestimmte Diätformen angeführt (darmschonende, anregende, Ueberernährung). Am wertvollsten scheinen dem Referenten die „Anleitungen zur Ernährung bei chronischen Krankheitsgruppen mit täglich verändertem Speiseblatt für 14 Tage". *a)* Bei Herz-, *b)* bei Leber-, *c)* bei Nierenleiden, *d)* bei Diabetes. Die im Anhang besprochenen Nährklystiere sind, wie so ziemlich überall in der einschlägigen Literatur, ganz im Gegensatz zu ihrer noch immer verkannten enormen Wichtigkeit, bei den Ausführungen recht schlecht weggekommen. Sonst ist das Büchlein recht wertvoll und brauchbar.

Dr. Fritz Loeb, München.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

SEP 30 1905

Digitized by Google

HIC
867+

Digitized by Google

3 2044 102 958 162

Digitized by Google